Nr. 27. 5. lipca 1930 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prym. Doc. Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

W sprawie operacyjnego leczenia wypadnięcia macicy u staruszek.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. Kazimierz Bocheński.
I Oddziału Położ.-Ginekologicznego Państw. Szpit. we Lwowie.

Jest rzeczą niezmiernie trudną na podstawie piśmiennictwa wyrobić sobie zdanie o wartości poszczególnych metod operacyjnych, mających na celu naprawę nieprawidłowych położeń narządu rodnego. Wyniki bowiem oparte są zazwyczaj na niewielkiej ilości przypadków, czas obserwacji niekiedy niedostateczny, dobór przypadków częstokroć niewłaściwy. Jeżeli w dodatku uwzględni się różnice w technice operacyjnej oraz nastawienie operatora na pewną metodę operacyjną, subjektywizm w ocenianiu jej wartości, to rzeczywiście nie łatwo wyciągnąć z zestawień statystycznych pewne wnioski.

Najwymowniejszym potwierdzeniem słuszności tego poglądu jest zestawienie Van der Velde'a, z którego wynika, że w piśmiennictwie ginekologicznem podano dotychczas przeszło 200 metod operacyjnych, służących do naprawy statyki narządu rodnego.

Wobec tej mnogości metod wyrobił się logicznie usprawiedliwiony sceptyzm, nawet w odniesieniu do metod prawdziwie wartościowych, częstokroć zapomnianych, które dla pewnej grupy przypadków okazały się bardzo korzystne.

Co się tyczy mechanizmu powstawania nieprawidłowości w statyce narządu rodnego, to główną rolę, zdaje się, odgrywa usposobienie danej kobiety, a usposobienie to zależne jest od konstytucji, jaką kobieta posiada. Ujawnia się to usposobienie wrodzoną niedomogą tkanek, wchodzących w skład aparatu więzadłowego i podstawy miednicy. Niedomoga ta sprawia, że tkanki nie mogą podołać większym wymaganiom, często nawet w przypadkach, gdzie wymagania te nie przekraczają granic fizjologicznych. Wypadanie macicy i pochwy jest poprostu następstwem fizjologicznego urazu. Od tych samych czynników zależy w dużej mierze trwałość wyników leczenia chirurgicznego.

Nie jest moim zamiarem omawianie wszechstronne w pracy niniejszej sprawy powyższej — chcę jedynie zwrócić uwagę na jeden moment.

Mianowicie mam zamiar omówić jedną grupę przypadków, które, zdaniem mojem, zasługują na wyodrębnienie. Są to przypadki wypadania macicy u staruszek. Cierpienie trwa przeważnie szereg lat, chore są najczęściej wyniszczone, wycieńczone, ze zmianami w systemie krążenia i w płucach. W przypadkach tych w wyborze metody operacyjnej należy uwzględnić przedewszystkiem wiek chorej, stopień wypadania macicy, a co się tyczy metody operacyjnej, to należy wybrać taką, która w danych warunkach dać może najkorzystniejszy wynik, a co najważniejsze, będzie dla operowanej najłagodniejsza.

Z pośród wielu metod operacyjnych, mogących mieć tutaj zastosowanie, najczęściej stosowane są: plastyka ścian pochwy sposobem Hegara wraz z plastyką krocza sposobem Lawson-Taite'a, plastyka pochwy z następowem przyszyciem macicy do powłok brzusznych, przemieszczenie macicy pomiędzy pęcherz a pochwę sposobem Schauty-Wertheima, wreszcie wycięcie macicy przez pochwę z następową operacją plastyczną pochwy.

Powszechnie stosowana plastyczna operacja pochwy sposobem Hegara wraz z plastyką krocza daje naogół wyniki nie najgorsze. Statystyki Dorna, Sellheima, oparte na materjale kliniki Hegara, wykazują 85% trwałego wyleczenia. Z nowszych zestawień wymienić należy statystykę Stoeckla, w której autor wykazuje 94,5% trwałego wyleczenia. Grupując natomiast materjał statystyczny według stopnia wypadania macicy, wykazał Stoeckel, że w przypadkach całkowitego wypadania macicy i pochwy operacja Hegara, nawet w połączeniu z operacją Aleksandra-Adamsa, daje tylko 12,5% dobrych wyników.

Plastyczna operacja pochwy wraz z przyszyciem macicy lub szyi macicy do powłok brzusznych daje około 63% dobrych wyników. Jest to jednak zabieg poważniejszy, wykonanie którego u staruszek nie jest obojętne i często niemożliwe z powodu licznych przeciwwskazań.

W ocenianiu wskazań i wyników po *interpositio uteri* panuje naogół duża rozbieżność poglądów. Wertheim, posługując się swoją oryginalną techniką, miał 12,5% nawrotów, Krönig i Franz notują aż 33%. Nie jest to w dodatku zabieg niewinny, gdyż śmiertelność pooperacyjna według statystyk zbiorowych wynosi 3,8%. Dla operacji plastycznej jest to śmiertelność ogromna. W dodatku zabieg ten technicznie nie należy do łatwych i powodować może niekiedy znaczny uraz pooperacyjny.

Nadmienić wreszcie należy, że wspomniani autorowie stosowali zabieg ten nietylko u staruszek, ale przeważnie u osób młodszych. Całkowite wycięcie macicy przez pochwę z następową plastyką ścian pochwy daje bardzo złe wyniki i posiada obecnie już niemal tylko historyczne znaczenie. Staruszki z wypadniętą macicą zgłaszają się do operacji zazwyczaj w stanie najwyższego zaniedbania. Są to przeważnie osoby z najniższych i najbiedniejszych warstw społecznych.

W poszukiwaniu za najprostszą i najłagodniejszą, a równocześnie i skuteczną metodą operacyjną, zaczęliśmy stosować w tych przypadkach operację plastyczną Neugebauera, t. zw. *elyttrorrhaphia s. Kolporrhaphia mediana* wykonaną poraz pierwszy przez autora w Warszawie w roku 1867.

Jak wiadomo, polega ona na okrwawieniu i zeszyciu ze sobą obu ścian pochwy, z pozostawieniem dwóch bocznych kanałów dla odpływu wydzieliny macicznej. Po odpowiedniem zeszyciu okrwawionych ścian pochwy, dolna linja szwu przebiegać będzie w odległości 3—4 cm od wejścia do pochwy.

Z autorów zagranicznych wykonał ten zabieg Léon Fort w roku 1877 w Paryżu, modyfikując go jedynie o tyle, że wycinał ze ścian pochwy nieco większe płaty. Operację tę nazwał *„claisonnement du vagin"*. Zasługą le Forta jest, że pod jego wpływem chirurdzy francuscy poczęli wykonywać tę operację, udoskonalając jej stronę techniczną i z wyników operacyjnych byli zadowoleni.

André i Bordier ogłosili statystykę zbiorową, obejmującą 42 przypadki. Wynik doraźny dobry we wszystkich przypadkach, o wynikach trwałych nie można nic pewnego powiedzieć, gdyż czas obserwacji był niedostateczny. Schwabe w roku 1916 podaje własne wyniki operacyjne, oparte na 31 przypadkach. Czas obserwacji wynosił od 2 do 8 lat. Z operowanych 24 zgłosiły się do badania kontrolnego, nawrót stwierdzono w 8 33%. Taką samą ilość przypadków operowanych w ciągu lat 14 podaje Börjeson z kliniki Essen-Möllera. Tylko w jednym przypadku nastąpił nawrót. Czas obserwacji wynosił najmniej 1 rok, najdłużej 4 lata. Brocq i Nora w roku 1925 ogłosili wyniki z oddziału Lejars'a w Paryżu. Z pośród 38 operowanych przypadków tylko 9 zgłosiło się do badania kontrolnego. Czas obserwacji wynosił od 2 do 11 lat. W żadnym przypadku nie stwierdzili nawrotu.

Materjał nasz obejmuje 21 przypadków, operowanych w klinice poł.-gin. i na oddziale poł.-gin. Szpit. powszechnego we Lwowie. Wiek operowanych wahał się przeciętnie w granicach od 60 do 80 lat. Początkowo wykonywaliśmy ten zabieg w znieczuleniu krzyżowem niskiem, później przekonaliśmy się, że da się on wykonać bezboleśnie nawet bez żadnego znieczulania.

Oprócz operacji Neugebauera w 11 przypadkach wykonaliśmy dodatkowo w znieczuleniu miejscowem plastykę krocza z zeszyciem dźwigacza sposobem Lawson-Taite'a. Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach nadzwyczaj korzystny.

Z pośród 21 operowanych 10 mieszka we Lwowie i te zgłaszały się od czasu do czasu do kontroli. U 2 nastąpił nawrót do roku. Operowaliśmy je ponownie w ten sam sposób. Z pośród zamiejscowych 8 zgłosiło się do badania kontrolnego. U 4 stwierdziliśmy nieznaczne wypuklenie tylnej ściany pochwy, nie wymagające leczenia. Czas obserwacji wszystkich dotychczas operowanych przypadków wynosi od 1 roku do 4 lat.

Wyniki, jakie uzyskaliśmy są tak korzystne, że uważamy operację Neugebauera u staruszek za metodę wyboru. O wyniku tej operacji decyduje przedewszystkiem odpowiedni dobór przypadków, oraz technika operacyjna. Dbać należy bardzo o to, by płaty wycięte z przedniej i tylnej ściany pochwy były jednakowej

wielkości, w przeciwnym bowiem razie powstaje po ich zeszyciu fałd, pod którym gromadzić się może wydzielina z powierzchni przyrannej, mogąca osłabić szwy i spowodować rozejście się rany. Tamowanie krwawienia winno być bardzo dokładne. Przed przystąpieniem do operacji należy odprowadzić wypadniętą pochwę, i zaznaczyć kleszczykami Kochera 2 punkty na przedniej ścianie pochwy i 2 punkty na tylnej ścianie, odpowiadające linjom cięcia górnego na przedniej ścianie pochwy i dolnego na tylnej ścianie, aby po zeszyciu ścian pochwy powierzchnie przyranne spoczywały *in situ* jedna na drugiej. Zabezpieczymy się w ten sposób od nadmiernego napięcia jednej ze ścian pochwy. Szew ostatni poprzeczny, zamykający światło pochwy i utrzymujący na sobie w znacznej mierze ciężar odprowadzonej pochwy i macicy, winien być węzełkowy, jedwabny, reszta szwów, łączących boczne ściany pochwy, węzełkowe, katgutowe.

Porównując różne metody operacyjne, stosowane w naszej klinice w podobnych przypadkach oraz wyniki doraźne i odległe, dochodzimy do wniosku, że w przypadkach całkowitego wypadania macicy u staruszek operacji Neugebauera należy się pierwszeństwo. Przemawia na jej korzyść prostota samego zabiegu, zadawalniające wyniki odległe, a dalej okoliczność, że zabieg trwa bardzo krótko i można go wykonać bezboleśnie bez znieczulenia.

Wynik operacji zależy w znacznej mierze od sposobu wycięcia odpowiednich płatów, tudzież dokładnego i starannego zeszycia brzegów rany. Inne niemniej ważne szczegóły w technice operacyjnej stają się dopiero widoczne po szeregu wykonanych operacyj.

Ponieważ w podręcznikach ginekologji operacyjnej znajdujemy tylko dosyć pobieżny opis tej operacji bez rycin, ilustrujących jej poszczególne etapy, dlatego też dołączam ryciny z pracy Brocqa i Nora, które w zupełności wyjaśniają stronę techniczną tej metody.

Objaśnienie rycin:

Ryc. 1. Wycięcie płata błony śluzowej z przedniej ściany pochwy.

Ryc. 2. Wycięcie płata błony śluzowej z tylnej ściany pochwy.

Ryc. 3. Zeszycie dolnego brzegu ran przedniej ściany pochwy z górnym tylnej ściany pochwy szwami węzełkowemi strunowemi.

Ryc. 4. Zeszycie bocznych brzegów szwami węzełkowemi strunowemi.

Ryc. 5. Koniec operacji. Zeszycie górnego brzegu rany przedniej ściany pochwy z dolnym tylnej ściany pochwy szwami jedwabnemi węzełkowemi.

Dr. Mieczysław SZAJNA, sek. Szpitala. Kołomyja.

Rozmieszczenie cukru gronowego w krwinkach i w osoczu u ludzi zdrowych i w stanie gorączki.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyr.: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Badania Koskowskiego[1]) nad rozmieszczeniem substancyj czynnych krwi doprowadziły go do wniosku, że substancje te znajdują się w czerwonych ciałkach krwi. Podobnie Szabuniewicz[2]) potwierdził badania innych autorów, że ciała, zawierające wolne grupy aminowe w znacznej części zawarte są w krwinkach.

Fakty te dowodzą, że czynność ciałek czerwonych ma znacznie szerszy zakres, niż się dotychczas przypuszczało. Mianowicie mogą one przenosić i przechowywać w sobie cały szereg substancyj o silnem działaniu biologicznem.

Substancje te więzione w krwinkach, nie wywierają żadnego działania: dopiero uwolnione z nich — po ich rozpadzie — rozwijają swój wpływ na ustrój. Jest rzeczą zupełnie możliwą, że wspomniane ciała przechodzą do osocza i za życia czerwonych ciałek; mianowicie przechodzą przez ich błonę komórkową na zewnątrz — t. zn. do osocza, a stąd do tkanek. Możliwość ta istnieje, bo przecież transport i przechowywanie różnych substancyj w krwinkach odbywać się musi w ten sposób, że substancje te przechodzą wpierw przez błonę komórkową do ich wnętrza. Zatem błona komórkowa ciałek czerwonych jest dla tych ciał przepuszczalna. Zagadnienie to sprowadza się do takiej zasadniczej podstawy biologicznej, jaką jest przepuszczalność błony komórkowej. Przejście danego ciała do wnętrza komórki zależy od tej przepuszczalności, to też stan przepuszczalności błony komórkowej ciałek czerwonych zadecyduje o tem, czy dana substancja dostanie się do ich wnętrza. Stan przepuszczalności wszystkich żyjących komórek jest ich czynnością fizjologiczną, ulegającą zmianom pod wpływem najrozmaitszych zewnętrznych i wewnętrznych czynników. Komórki ustroju zwierzęcego umieją w niesłychanie subtelny sposób regulować przepuszczalność swych błon komórkowych; tem bronią się przed wejściem do ich wnętrza substancyj, nie będących rodzimym składnikiem komórkowym. Dlatego cały szereg środków stosowanych w lecznictwie drogą ustną lub pozajelitową nie osiąga żadnego efektu; ciała te bowiem nie przedostają się przez obronny wał błon komórkowych do wnętrza komórek. Np. sole wapnia stosowane wprost na mózg kota wywierają bardzo silne działanie, biegunowo odmienne w stosunku do działania soli potasu. Sole te podane drogą doustną lub dożylną nie wykazują ani śladu podobnego wpływu na mózg. Przykładów takich jest wiele. Możemy jednakże wpływać na przepuszczalność błony komórkowej dla danej substancji, dodając do niej takie ciało, które zmieni stan tej przepuszczalności. Na tej zasadzie opiera się niewątpliwie synergetyczne działanie wielu leków (np. synergetyczne kombinacje środków znieczulających miejscowo, jak kokainy lub nowokainy z chlorkiem potasu[3]).

Jak wspomniano, przepuszczalność błony komórkowej komórek żyjących zmienia się pod wpływem wielu zewnętrznych i wewnętrznych czynników. Do czynników tych w ustroju zwierzęcym należą też stany chorobowe, w jakich znajdują się te ustroje pod wpływem najrozmaitszych szkód. Możność określania zmiany przepuszczalności błon komórkowych w tych zmienionych warunkach wyjaśniłaby niewątpliwie niejedną zagadkę patogenetyczną. Najłatwiej zmiany te dałyby się stwierdzić na ciałkach czerwonych. Nie wymagają one bowiem sztucznej izolacji, jak komórki, związane z sobą w tkanki oraz zdolne są do dość długiego przebywania w warunkach zewnętrznych, co jest niezbędnem dla eksperymentowania. To też przepuszczalność błony komórkowej ciałek czerwonych dla różnych substancyj *in vitro* była przedmiotem wielu badań.

Tematem tej pracy jest zagadnienie, jak zachowuje się rozmieszczenie cukru gronowego w krwi w stanie gorączki. Punktem wyjścia tego tematu jest założenie, że błona komórkowa ciałek czerwonych jest przepuszczalna dla cukru gronowego w obu kierunkach — do ich wnętrza i na zewnątrz. Przepuszczalność do wnętrza wynika też z prac Hansen'a i Wiechmann'a[4]), którzy stwierdzili, że ciałka czerwone i osocze zawierają równe ilości cukru. Cukier ten zatem musi dostawać się do wnętrza krwinek przez ich błonę komórkową. Do osocza natomiast wracałby ten cukier albo po rozpadzie ciałek czerwonych, albo też przechodziłby z powrotem przez błonę komórkową. Oczywiście to powrotne przechodzenie zależałoby w znacznej mierze od stanu przepuszczalności błony komórkowej, która w różnych stanach ustroju (choroby i zdrowia) musi być inna. Zależnie od owej zmienionej przepuszczalności zmienić się powinno rozmieszczenie cukru gronowego w stanie gorączki. Czy tak jest istotnie, wykazać ma ta praca.

Badanie swe rozpocząłem od oznaczania rozmieszczenia cukru gronowego u osobników zdrowych oraz chorych niegorączkujących. W badaniach swych wykluczyłem jedynie chorych na cukrzycę, starając się poza tem wyszukiwać o ile możności różne przypadki chorobowe. Posługiwałem się metodą kolorymetryczną Folin'a-Wu. Znając jej błędy, przyjmowałem za miarodajne różnice przynajmniej kilku pierwszych miejsc dziesiętnych. Równocześnie u badanych osobników oznaczałem ilość czerwonych ciałek i hemoglobiny, celem wykluczenia możliwości znaczniejszego rozpadu ciałek czerwonych.

Poniżej zestawiona tablica pozwala zorjentować się w uzyskanych wynikach. (Tab. I).

Nie uwzględniono w tej tablicy płci badanych osobników, gdyż ta nie odgrywa tu żadnej roli. Podobnie opuszczono liczby czerwonych ciałek i hemoglobiny, ponieważ nie odbiegały one od ilości prawidłowych.

Z powyższego zestawienia widać, że ilość cukru u osobników z prawidłową ciepłotą, bez względu na to, czy są to ludzie zdrowi, czy też chorzy, jest równomiernie rozdzielona między ciałka czerwone i osocze. Równomierność ta jest posunięta do takiego stopnia, że nasuwa przypuszczenie o stanie równowagi między ilością cukru, zawartą we wnętrzu ciałek czerwonych, a znajdującą się w osoczu.

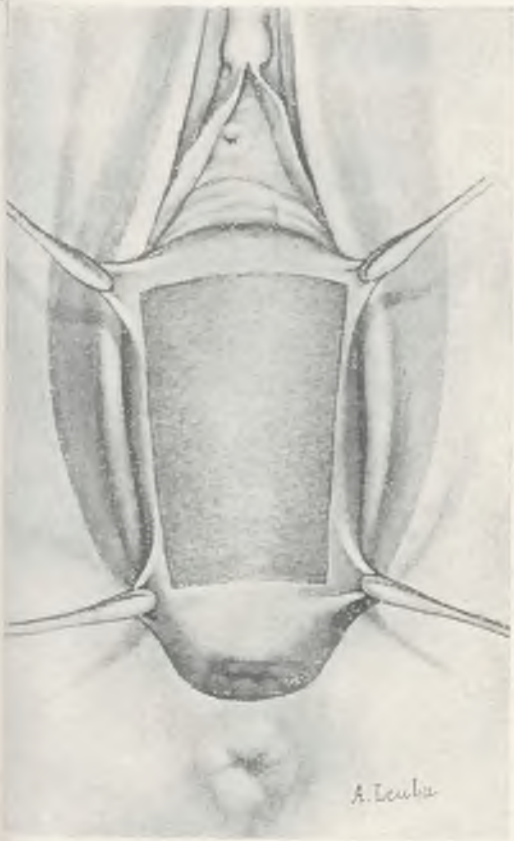
---

[1]) Pol. Gaz. Lek. Nr. 37 i 38, 1929 (wspólnie z Kulikowskim), — Pol. Gaz. Lek. Nr. 13, 1931 (wspólnie z Gedroyciem).

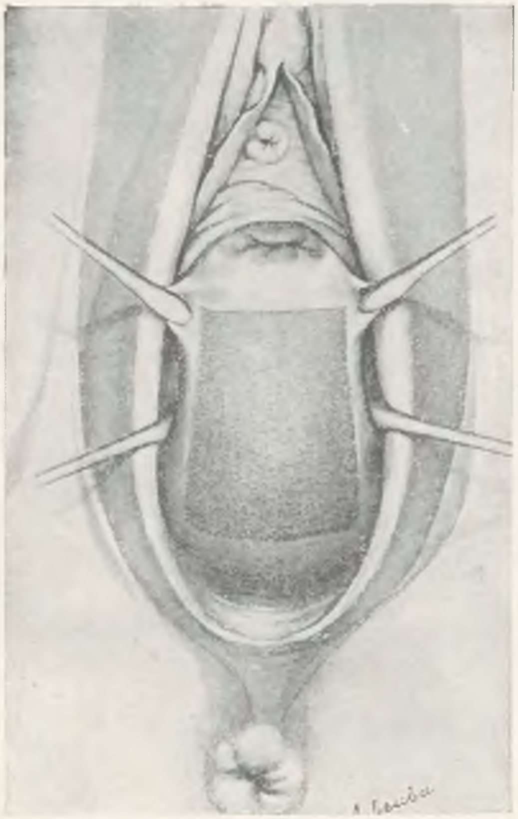
[2]) Pol. Gaz. Lek. Nr. 3. 1931.

[3]) Kędzierski i Szajna: Pol. Gaz. Lek. Nr. 23 i 24, 1928. Hilarowicz i Szajna: Pol. Gaz. Lek. Nr. 33 i 34, 1928.

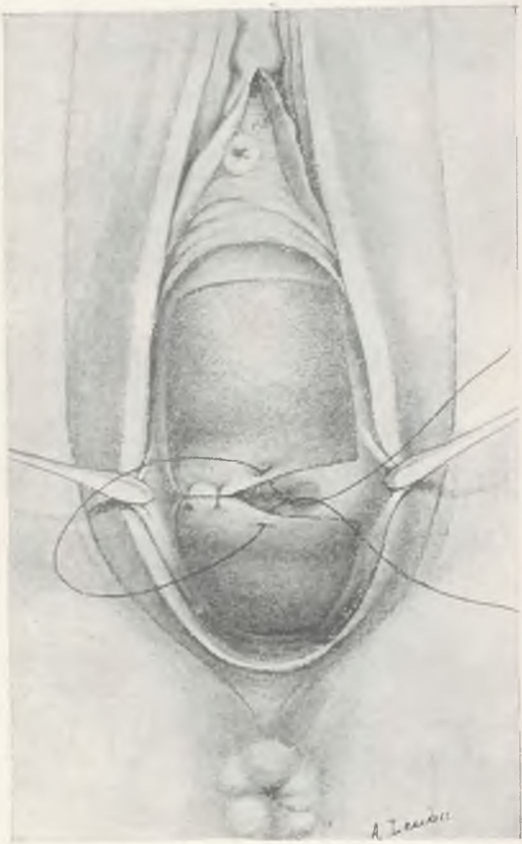
[4]) Hansen u. Wiechmann: cyt. z. Handbuch. d. n. u. p. Physiol. VI/I. Blut przez E. Adler'a).



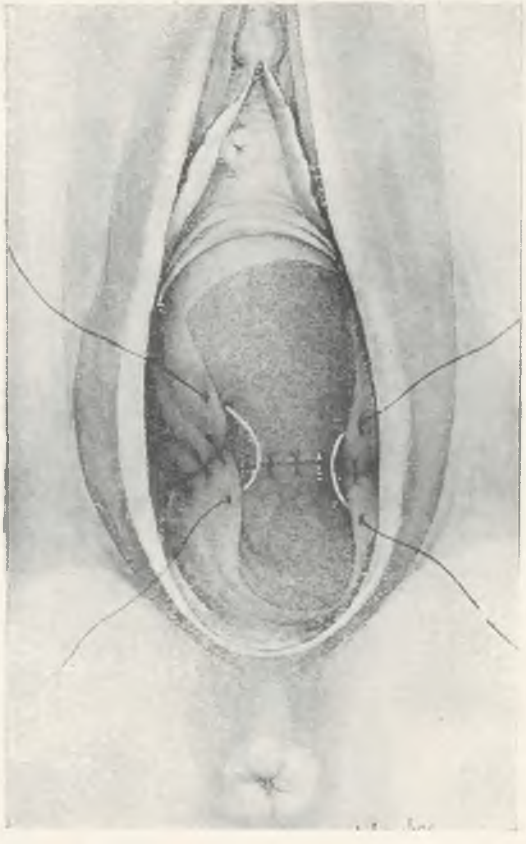
Ryc. 1.



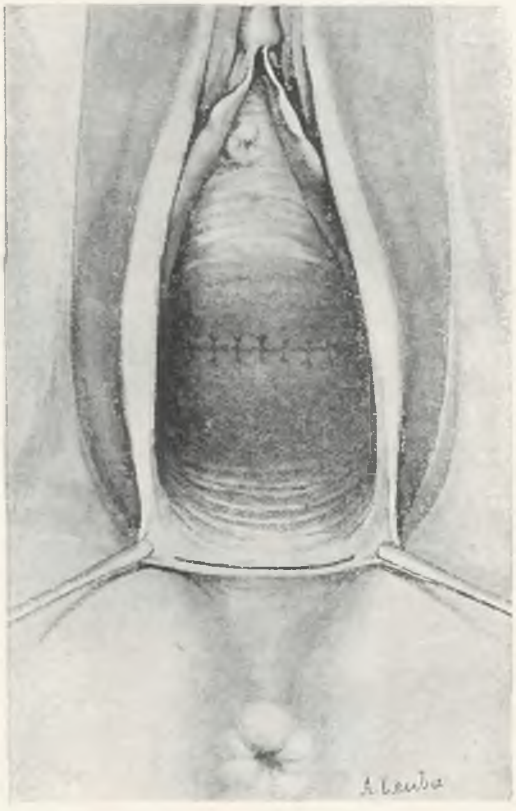
Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.

Jak przedstawia się ta kwestja u osobników gorączkujących? (Tab. II).

Tablica I.

L. p.	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość cukru gronowego w 1 cm³ krwi w mg		
			w całej krwi	w osoczu	w czerw. ciałkach
1	Zdrowy . . .	36,5—36,9	1,0	0,50	0,45
2	Wrzód żołądka	36,4 -36,7	0,96	0,50	0 48
3	Wrzód żołądka	36,5—36,9	1,10	0,50	0,55
4	Postrzał	36 4—36,8	0,90	0,40	0,45
5	Zdrowy . .	36,5 - 36,7	1,10	0,58	0,52
6	Zimny ropień	36 6—36,9	0,98	0,49	0,46
7	Brak soku żołąd.	36.4 - 36 8	1,00	0,50	0,48
8	Zdrowy	36.5 - 36,8	1,10	0,50	0,55
9	Złamanie k. udowej .	36,4 — 36,9	1,00	0,52	0,57

cukru gronowego. Cukier ten przechodzi do osocza w miarę zużywania się cukru osocza przez tkanki.

Okolicznościowo wykonałem oznaczenie rozmieszczenia cukru gronowego w krwinkach i w osoczu osób rakowatych:

Tablica III.

L. p.	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość cukru gronowego w 1 cm³ krwi w mg		
			w całej krwi	w osoczu	w czerw. ciałkach
1	Carcin. ventriculi	stan bezgor.	0,90	0,60	0,30
2	Ca. ventr. hepatis	„	0,85	0,70	0,20
3	Ca. mammae . .	„	1 00	0,80	0,20

Rozmieszczenie cukru w krwi osobników rakowatych było w mych przypadkach identyczne z rozmieszczeniem u osób gorączkujących. Czy przyczyną tego są zmiany w przemianie materji, czy też jakiś inny czynnik — rozstrzygnąć nie można ze względu na wiele sprzeczności i niejasności, panujących w nauce o nowotworach. Zbyt mała ilość przypadków pozwala mi zresztą tylko na zarejestrowanie tego faktu. Być może że wiele objawów

Tablica II.

L. p.	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	czas trwania gorączki	Ilość cukru gronowego w 1 cm³ krwi w mg		
				w całej krwi	w osoczu	w czerw. ciałkach
1	Infiltr. tbc. ap. utr. . . .	36,9—37,8	2 mies.	1,10	0,80	0,20
2	Pneumonia croup.	38,5—39,5	3 dni	0,90	0 70	0,20
3	Pneumonia croup	39,2—39,8	2 dni	1,00	0 60	0,30
4	Pleur. exud. tbc.	37,2—38.0	2 tyg.	1 10	0,70	0,25
5	Phlegm. manus	38,2—39,0	5 dni	1,00	0,80	0,20
6	Polyarthritis rheum. chron.	36,9—37,8	3 mies.	0,90	0 60	0,30
7	Endocarditis acuta rheum. .	39,2—39,8	2 tyg.	0,88	0 50	0,2
8	Fungus genus	36,9—37,8	4 tyg.	1,00	0 70	0,30
9	Peritonitis exsud. tbc. . .	37,2—38,3	2 mies.	0,90	0 60	0,30
10	Icterus catarrhalis	37,5—38,5	6 dni	0,90	0,70	0,20

Przytoczone wartości wskazują na stałe przesunięcie cukru gronowego z krwinek do osocza u osobników gorączkujących, przyczem ogólna ilość cukru nie ulega zmianie. Zaznaczyć należy, że zmniejszenie się ilości cukru w krwinkach nie jest spowodowane zwiększonem zapotrzebowaniem ich na cukier; w tym przypadku bowiem nie zwiększałaby się ilość cukru w osoczu i to niemal ściśle o ubytek krwinek. Równocześnie zaś badanie ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny nie wykazało zwiększonego rozpadu krwinek w czasie trwania gorączki. Fakt ten przemawia za tem, że cukier gronowy przechodzi w czasie trwania gorączki z ciałek czerwonych do osocza przez błonę komórkową krwinek. Temu zachwianemu stanowi równowagi między ilością cukru w krwinkach i w osoczu odpowiadać musi zmieniona w gorączce przepuszczalność błony komórkowej ciałek czerwonych. Zmiana ta polega albo na zmniejszonej przepuszczalności błony komórkowej ciałek czerwonych dla przechodzenia cukru gronowego do ich wnętrza, albo też na większej możliwości przechodzenia cukru przez tę błonę na zewnątrz, t. zn. do osocza.

Uzyskane wyniki przemawiają za tem, że ciałka czerwone odgrywają rolę spichlerza dla cukru gronowego, skad może on przechodzić do osocza, a stąd do tkanek. W stanie gorączki tkanki potrzebują więcej cukru, jako materjału palnego; w związku z tem stoi najprawdopodobniej wzrost ilości cukru gronowego w osoczu.

Jest więc zupełnie możliwem, że cukier magazynowany w wątrobie pod postacią glikogenu, ulega dalszemu magazynowaniu w ciałkach czerwonych, ale już pod postacią gotowego do spalenia

chorobowych, występujących np. w niedokrwistościach, spowodowanych jest zmianami przepuszczalności błon komórkowych i rozmieszczeniem różnych substancyj w krwi (np. soli, kwasów aminowych). Specjalnie ważnem jest to zagadnienie dla niedokrwistości pierwotnych i białaczek, gdzie zmiany w krwi łączą się „istotnie" ze zmianami w innych tkankach.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ. Kołomyja.

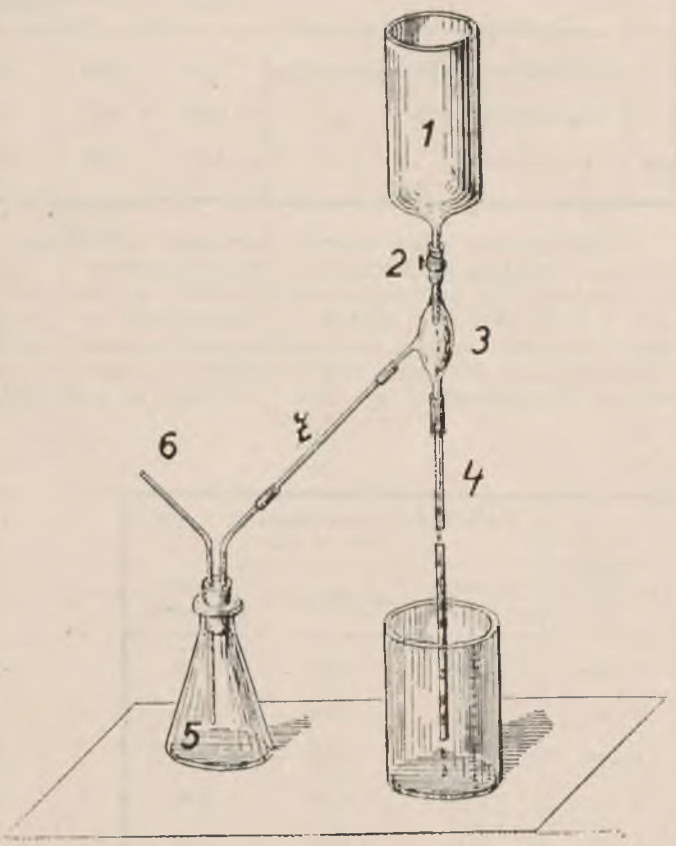
O aparacie Harterta.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. S. Kaliniewicz.

Stosowanie cewników pęcherzowych na stałe, dla trwałego drenowania dolnych dróg moczowych, znajduje swe zastosowanie po zabiegach operacyjnych, bądź też dla innych wskazań, jak przy. t. zw. przeroście stercza, stanach zapalnych i t. d. Niema małego szpitala prowincjonalnego, w którym ten prosty, a często tak zbawienny zabieg nie znalazłby zastosowania.

Cewnik założony na stałe wymaga pilnej pielęgnacji, aby należycie spełniał swe zadanie, zwłaszcza stałe utrzymanie jego drożności, przemywanie skrzepów lub zbitych grudek wydzieliny ropnej, wymaga nieraz wiele żmudnego zachodu.

Po operacjach wycięcia t. zw. przerostu stercza stały i dobry odpływ wydzieliny rannej ma wprost zasadnicze znaczenie dla zapobiegnięcia ogólnemu zakażeniu *(urosepsis)*. Znakomitym środkiem pomocniczym, ułatwiającym niepomiernie zadanie utrzymania stałej drożności cewnika jest aparat podany przez Harterta, w Polsce, przynajmniej wedle moich wiadomości, nie stosowany. Działanie aparatu Harterta polega na zasadzie wodnej pompy ssącej. Konstrukcja jest nadzwyczaj prosta, wydatek groszowy. Konstrukcję objaśni najlepiej załączona schematyczna rycina.



1. Zbiornik na wodę. 2. Drenik gumowy zaopatrzony w jakikolwiek przyrząd regulujący dopływ wody kroplami ze zbiornika do 3. tj. bańki szklanej. 4. Rurka szklana długości 70—80 cm o średnicy światła 1.3 mm połączona z bańką drenikiem gumowym. 5. Kolba szklana w której wytwarza się próżnia i do której spływa mocz przez rurkę. 6. Ta rurka jest połączona drenem dowolnej długości z cewnikiem. 7. Dren gumowy łączący bańkę z kolbą.

Sposób użycia nie wymaga również obszernego omawiania. Jako zbiornik wody służy każdy irygator. Bańki szklane i rurki można nabyć w firmie Paul Haack, Wien Garelligasse 4. Po operacji wycięcia stercza z powodu t. zw. przerostu postępuję w ten sposób, że pozostawiam dren (cewnik Pezzera) założony przez powłoki do pęcherza, dren ten jest połączony ze zwykłym aparatem kroplowym, napełnionym gorącym *sol. physiol. NaCl.* Cewnik dochodzący do loży stercza połączony jest z aparatem ssącym. Sposób ten uważam za zupełnie wystarczający dla utrzymania „czystości" w pęcherzu, ma on równocześnie duże znaczenie hemostyptyczne w pierwszych chwilach po operacji.

W każdym razie nie mam wprost dość gorących słów na polecenie stosowania aparatu Harterta; kto go raz zastosował, nie odstąpi od niego nigdy.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Ludwik FLECK. Lwów.

O pojęciu gatunku w bakterjologji.

(Dokończenie).

Przejdźmy pokrótce konkretne przykłady zmienności w warunkach laboratoryjnych. Wśród gronkowców znane są zjadliwe szczepy, sztucznie przez Geissego otrzymane z niezjadliwych saprofitów. Ponadto opisał Neumann gronkowca złocistego, który, jak się zdaje, samorzutnie wytwarzał stałe odmiany białe, żółte i różowe. Stinelli przekształcił przez pasaże zwierzęce gronkowca złocistego na białego.

Wśród paciorkowców znane są szczepy przejściowe między paciorkowcem ropnym, a mlekowym (Heinemann i Seitz) i pneumokokami (Kruse, Panzini, Levy i Steinmetz, Schereschewsky, Kuczyński i Wolff i inni). Kruze i Panzini przekształcili też pneumokoka w paciorkowca. Paciorkowiec hemolityczny daje się przemienić w zieleniejącego przez pasaż na myszy już w ciągu kilku godzin (Morgenroth i inni). Otrzymany szczep jest czasem trwały i równocześnie ze zmianą zdolności hemolitycznej zmienia swą jadowitość i wrażliwość na riwanol i wucynę. Schottmüller przyznaje, że zmiana taka jest możliwa, dodaje nawet nowy sposób otrzymywania jej (nitki z hodowlą *strept. hemol.* w pochwie zdrowej kobiety) ale uważa, że tak otrzymany szczep nie jest identyczny z jego *streptococcus viridans s. s.* Paciorkowiec płonicy Dicków uważany jest za odmianę paciorkowca hemolitycznego.

Wśród pneumokoków odróżnia się głównie na podstawie prac autorów amerykańskich (Dochez, Avery i inni) cztery typy, z których trzy są serologicznie określone, a czwarty przedstawia grupę niejednolitą, przypuszczalnie saprofityczną, będącą według Yamaguti formą wyjściową dla trzech poprzednich. Znane są przekształcenia typu I w typ II. Pomiędzy typem III a *streptococcus mucosus* istnieje conajmniej bardzo bliskie pokrewieństwo.

Wśród meningokoków znaleziono (Eastwood, Griffith i inni) dwa typy lub według innych (Gordon, Nicolle i inni) cztery. Są szczepy przejściowe i nietypowe. Ponadto mamy pseudomeningokoki Lieberknechta i parameningokoki Doptera.

Jötten opisuje cztery typy gonokoków, różne co do zjadliwości, własności odpornościowych, a także pod względem wywoływanego obrazu klinicznego. Kandiba opisał odmianę zbliżoną kształtem do pneumokoków. Pomiędzy gonokokami i meningokokami istnieją pewne wspólności serologiczne.

Co do innych drobnoustrojów, ważnem jest, że Klein znalazł dwa typy pałeczek dżumy, ludzką bardziej podłużną i szczurzą bardziej owalną. Gotschlich wyhodował z przypadku przewlekłej dżumy, obok typowych pałeczek, szczep zupełnie nietypowy i niezjadliwy, który dawał surowicę zlepiającą pałeczki dżumy i po kilkutygodniowym pobycie w lodowni nagle zmieniał się w typowy i zjadliwy szczep dżumy. Jest to przypadek bardzo pouczający, bo bez znajomości przebiegu tej zmiany i źródła, z którego hodowlę założono, byłoby rozpoznanie szczepu niemożliwe.

Co do laseczki wąglika przypomnę tylko, że między *bac. anthracis* a *bac. pseudoanthracis* istnieją przejścia i można w niektórych przypadkach dowolnie oznaczać dany drobnoustrój albo jako ruchomą laseczkę wąglika, albo też jako chorobotwórczą laseczkę wąglika rzekomego.

Co do cholery, pamiętać trzeba o dwóch, względnie czterech typach kolonij, dalej o szczepie przecinkowca *El-Tor* (Gotschlich), różniącym się pod względem hemolizy i toksyczności od „prawdziwych" przecinkowców cholery, dalej o pokrewnym *vibrio Nasik* i *vibrio Kadi-Kjö*. Ponadto o szczepach zbliżonych do chorobotwórczego dla gołębi *vibrio Miecznikow*, t. j. o paracholerze. Wreszcie o niewinnych przecinkowcach wodnych, których nie można napewno odróżnić od typowego zarazka cholery (Ermoljewa). „Skoro odkryto zarazek cholery, wydawały się własności jego tak charakterystyczne, że można było uważać odróżnienie jego od innych bakteryj za sprawę łatwą. Od tego czasu znaleziono w otoczeniu człowieka tak nieprzejrzane zastępy przecinkowców, że oddawna już nie nadaje się im osobnych nazw" (Lehmann i Neumann).

Influenca przedstawia specjalnie zmienną dziedzinę. Według Jordana i Sharpa zachodzi tu ciągła zmienność i każdy pojedyńczy szczep pałeczek influency posiada w pewnym stopniu swoją indywidualność.

Maczugowce błonicy *(Corynebact. diphteriae)* wykazują szereg typów morfologicznych (Zupnik) co do wyglądu kolonij (Schick i Ersettig), tworzenia barwika (Przewoski) i własności serologicznych (Langer). Ważnem jest, że toksyna jest jednolita i ta sama u wszystkich szczepów jadowitych. Filogenetyczny związek z maczugowcami rzekomobłoniczemi, które niezawsze dają się odróżnić od zarazków błonicy, uważany jest za pewny, Fox, Bernhardt i Schmitz zdołali przeprowadzić maczugowce błonicy w rzekomobłonicze. Niektórzy autorowie, uwzględniając brak ostro zaznaczonych granic, chcieliby mówić o paradyfterji, analogicznie do *paracoli* (Lubiński, Bohdanowiczówna i Ławrynowicz), jeśli dany szczep przekroczy pewne granice wahań.

Prątki gruźlicy wykazują, jak wiadomo, kilka typów (ludzki, bydlęcy, ptasi, zimnokrwistych i inne), filogenetycznie związanych ze sobą. W praktyce niezawsze istnieje całkiem ostra granica pomiędzy niemi. Ciekawe, acz niepotwierdzone, są prace Kollego, Schlossbergera i Pfannenstiela nad zmianami szcze-

pów kwasoopornych saprofitów, które szczepione masowo świnkom morskim nabywały zjadliwości i upodobniały się do szczepów gruźliczych. Niektórzy autorowie twierdzą, że można przemienić gruźlicę ssaków na ptasią i naodwrót (N o c a r d, B a n g). Otrzymywano też szczepy pośrednie: R a b i n o w i t s c h w gruźlicy małp szczep pośredni między *t. humanus* i *bovinus*. M u c h uznaje zasadniczo przechodzenie *t. bovinus w humanus* u człowieka. Dodajmy do tego najrozmaitsze postacie zarazka gruźlicy mniej lub więcej uznane, więc formy przesączalne, postać pałeczki odbarwiającej się Gramem (F e r r a n), postać nieoporną na kwasy (V a u d r e m e r), postać zbliżoną do promienicy, o której dalej jeszcze wspomniemy. Przyznać musimy, że także i w tej dziedzinie jest określenie granic gatunku conajmniej bardzo trudne.

Przechodzimy do grupy durowo-okrężnicowej. Zapewne natychmiast przesuwa się przed oczyma Waszej świadomości, S z a n o w n i K o l e d z y, barwny szereg pożywek różniczkowych, cukrowych i innych, przypominacie sobie próby aglutynacyjne, paraaglutynację i aglutynację grupową, starszą metodę wysycania C a s t e l l a n i'ego, nowsze prace nad analizą receptorów, W e i l a postacie O i H, A n d r e w e s a fazę swoistą i nieswoistą, A r k w r i g h t a typy kolonij S i R, próby biologiczne na zwierzętach, kilońską szkołę kompromisową i t. d. i t. d. — i uświadamiacie sobie ogromne i chaotyczne bogactwo możliwości gatunkowych, zachodzących w tej grupie. Z konieczności musimy tu poprzestać na pobieżnem omówieniu. Więc znamy typową pałeczkę okrężnicy i olbrzymią masę nietypowych odmian. Wiemy, że granice pomiędzy niemi są chwiejne, często w praktyce stajemy wobec pytania: czy nazwać ten szczep jeszcze *b. coli* czy *b. paracoli, coli communior* lub *similecoli?* Wiemy, że cechy różniczkowe są nietylko niewyraźne, ale i niestałe i zmieniają się z biegiem pokoleń. Dalej mamy stosunkowo dobrze określony gatunek pałeczki durowej i cały chaos pałeczek paratyfusowych (S a l m o n e l l a) w conajmniej 20 typach, ludzkich i zwierzęcych, t. zw. zatruwaczy i saprofitów. Różnicowanie bynajmniej nie bezsporne, polega w obrębie tej grupy paratyfusowej na różnicy objawów chorobowych, na tworzeniu t. zw. wału śluzowego i guzków na pewnych pożywkach, a przedewszystkiem na zawiłej analizie serologicznej antygenu. Dalej mamy jeszcze pałeczkę czerwonki S h i g a - K r u s e i pałeczki pseudodysenterji w conajmniej czterech odmianach, lub jak chce K r u s e w dziewięciu. Obok nich wymienić należy pałeczki paradysenterji K r u s e'go, ruchome, zbliżone do pał. okrężnicy. Wreszcie należy tu mniej lub więcej saprofityczne *bact. lactis aerogenes i bact. faecalis alcaligenes.*

Do tego schematu dodać należy liczne odmiany, zacierające jeszcze bardziej granice poszczególnych typów. Znamy więc atypową pał. durową, odmienną co do morfologji, zdolności fermentacyjnych, serologicznych i wytwarzającą indol (F r i e d b e r g e r i M o r e s c h i, E r n s t, M e y e r i N e i l s o n i inni). Istnieje odmiana M a n d e l b a u m a, t. zw. pałeczka metatyfusowa, dalej t. zw. *bact. typhi flavum*. Dalej istnieją przejścia między pałeczkami durową i rzekomodurową, między pał. durową i pał. zatruwaczem G ä r t n e r a. Znamy pałeczki paratyfusowe nie rozkładające dekstrozy, (O e t t e, W a g n e r, O h n o) i takie, które rozkładają cukier mlekowy, więc zbliżają się do *bact. coli*. W grupie pseudodysenterji mamy mnóstwo nieustalonych form, zmieniających swe własności w sposób powolny lub nagły, często znajdujemy rozbieżność między serologicznemi i hodowlanemi związkami dwóch szczepów. W a g n e r opisał *bact. dysenteriae mutabile,* analogiczne do omówionego przedtem *bact. coli mutabile*. Istnieje pałeczka S c h m i t z a będąca pośrednim ogniwem między bact. S h i g a - K r u s e, a *bact. pseudodysenteriae*, ponadto pałeczka K r u s e - S o n n e, zbliżona do *bact. coli*. Każdy, kto ma praktyczny kontakt z bakterjologją wie, że takie odmiany, do których dodać należy jeszcze szczepy nieaglutynujące i paraaglutynujące, nie są wcale zbiorem „rzadkich marek" bez znaczenia praktycznego, ale znajdują się często, w praktyce nawet znacznie częściej, niż w literaturze, bo tylko drobna ich część jest opisana. Dodajmy wreszcie, że są także udane próby przekształcania hodowli, a mianowicie przekształcenie *bact. typhi w bact. paratyphi i bact. paratyphi w bact. enteridis* G ä r t n e r (M ü l l e r, S o b e r n h e i m i S e l i g m a n n), *bact. typhi w bact. alcaligenes* (P e t r u s c h k y, D o e b e r t, P i o r k o w s k i). Dodajmy wreszcie, że oprócz tych ścisłych doświadczeń laboratoryjnych mamy jeszcze prace, z których pośrednio wynika dysocjacja bakteryj i tworzenie się „pośrednich ogniw w łańcuchu zmienności drobnoustrojów" (Z e y d e l) i to nie w jakichś specjalnie wyszukanych warunkach, ale n. p. w prostych posiewach krwi osób chorych na dur brzuszny, przyczem powstają formy, niemożliwe do uporządkowania według przynależności do znanych typów bakteryj.

Tak przedstawia się teoretycznie chaos, z którym praktycznie ustawicznie walczymy, bo cała nasza diagnostyka bakterjologiczna zbudowana jest na tych metodach fizjologicznych. Jak wobec tego wygląda pojęcie gatunku w tem fizjologicznem ujęciu? Najuczciwiej, mojem zdaniem, będzie przyznać, że niema go dotąd. Są postacie, typy, odmiany. Jest olbrzymia masa szczepów o cechach zmiennych, układających się pod każdym względem w szereg o przejściach ciągłych. W szeregu tym są pewne wyraźnie zaznaczające się punkty, pewne centra zmienności (A n d r e w e s i W i n s l o w), jest specyficzność, jako chwilowy wynik wciąż falującej zmienności (G o t s c h l i c h). Jest gdzieniegdzie standartowy gatunek, jako sztucznie ustalona norma laboratoryjna (N e i s s e r), a poza tem pełne rezygnacji przyznanie, że „niema jeszcze dzisiaj jednomyślności co do tego, czy znalezione cechy różniczkowe wogóle wystarczają, aby różne typy uważać za gatunki w przyrodniczem tego słowa znaczeniu" (P e s c h). „Zupełnie zawiodły nadzieje tych, którzy sądzili, że nowe badania dadzą nam nowe, dotąd nieznane środki rozpoznawcze, mające wyjawić nam spodziewaną stałość i wyraźną oddzielność gatunków" (L e h m a n n i N e u m a n n). Sądzę, że nietylko zawiodły, ale nawet zasadniczo rozmijającą się z celem, jeśli trzymają się opisanej metodyki. Przez badanie fizjologji zwierząt, ich zdolności trawiennych, ich zdolności przystosowywania się do pewnych zmienionych warunków, ich właściwości chemicznych lub antygenowych nie odnaleźlibyśmy ich dzisiejszej systematyki. Dla przykładu wystarczy przypomnieć, jak rozrzucony jest w świecie zwierzęcym t. zw. antygen F o r s s m a n a niewspółmiernie w wszelką systematykę.

Te trudności metody fizjologicznej lub, powiedzmy, lekarskiej nie są bynajmniej zapoznane. Nasuwa się przecież samo przez się pytanie, czy brak cech dość wyraźnych nie jest poprostu nieznajomością najważniejszych cech drobnoustrojów, a duża część t. zw. zmienności gatunków nie wynika poprostu z nieznajomości całego cyklu biologicznego ich przemian życiowych. Wracamy tak do pytania, czy nie uchodzą naszej uwagi lub nie znikają w warunkach sztucznej hodowli najważniejsze stadja rozwojowe drobnoustrojów, które dałyby proste i naturalne pojęcie gatunku?

Odpowiedź na to pytanie stara się znaleźć pewien kierunek przyrodniczy. Kierunek ten sprzeciwia się umieszczaniu bakteryj u samego dołu świata istot żywych, a uważa je za pochodne form wyższych, zbliżonych do grzybów, które przez przystosowanie do życia pasorzytniczego zatraciły pewną część swoich stadjów rozwojowych i w ten sposób dopiero wtórnie uległy uproszczeniu pod względem budowy i biologji (A l m q u i s t, L ö h n i s, E n d e r l e i n). Poglądy te opierają się na obserwacji specjalnych form mikroorganizmów: kulistych, maczugowatych, rozgałęzionych lub pełzakowatych (t. zw. *symplasma),* które razem z ewentualnemi stadjami ultramikroskopowemi, przechodzącemi przez sączki bakteryjne, dawałyby pewien cykl rozwojowy *(cyklogenję)* bakteryj, analogiczny do cyklu rozwoju grzybów lub pierwotniaków. Mają też istnieć formy płciowe *(gamety),* ich krzyżowanie i potomstwo płciowe. Cyklogenja nie przedstawia w zasadzie nowej zdobyczy, już w początkach bakterjologji opisywano kolejne stadja rozwojowe i było to podstawą nauki o pleomorfizmie bakteryj.

Pogląd wymienionych autorów, jakoby bakterje przedstawiały uwstecznione, uproszczone w morfologji i biologji organizmy, jest w sprzeczności z ich ogromną zdolnością przystosowywania się. Z cechą tą znacznie lepiej daje się pogodzić stanowisko K u c z y ń s k i e g o, które wkrótce omówimy.

Z faktów ogólnie uznanych podaję formy rozgałęzione i maczugowate prątków Kocha (F i s c h e l, K l e i n, D i x o n, S e m m e r i inni), które zdaniem F r i e d r i c h a nie są formami degeneratywnemi, bo nie występują w warunkach złych, lecz przeciwnie, jako wyraz szczególnej energji wzrostu. Takie do promienicy zbliżone formy prątków Kocha w hodowli opisywał też L u b a r s c h, a szczególnie K a r w a c k i.

Podobne formy prątków trądu opisywali B a b e s, L e v y, C z a p l e w s k i i inni.

Są one znane też w grupie błonicy (N e i s s e r, B a b e s, F r a e n k e l i inni) i nosacizny (M a r x, L e v y, C o n r a d i). Zarazki błonicy i gruźlicy łączą z tego powodu S c h u r e n i L a c h n e r - S a n d o v a l z promienicą i pokrewnemi w jedną oddzielną grupę *actinomycetales*. Ponadto opisano podobne postacie pałeczek dżumy, ropy błękitnej, influency, w grupie pał. okrężnicowych i durowych, las. tężca, a także u gronkowców, paciorkowców i pneumokoków. Kiełkowanie rozgałęzień odbywa się czasem ze specjalnych ziarnistości wewnątrz komórki *(gonidia* L ö h n i s a).

Podobnie wielokrotnie opisywano przesączalne formy czy stadja szeregu drobnoustrojów. Tu należą granula M u c h a i zwłaszcza przez F o n t e s a D u r a n d a i V a u d r e m e r a, V a l t i s a i C a l m e t t 'a opracowywane przechodzące przez sączki formy zarazka gruźlicy, dalej H e r z o g a takież formy gonokoków, H a u d u r o y 'a i H a d l e y a formy czerwonki, A l m q u i s t a, F r i e d b e r g e r a i M e i s s n e r a formy pałeczek tyfusu, H o r t a meningokoki. Zjawisko przechodzących przez sączek form bakteryj pozostaje w pewnym związku z bakterjofagją (B a i l) i powstawaniem tak zwanych

kolonij wtórnych. Almquist uważa zjawiska te za dowód, że to co uważamy za pojedyńczy drobnoustrój jest agregatem drobniejszych jednostek, t. zw. probakteryj. Podobnie oświadcza się za złożoną budową pałeczek (w przeciwieństwie do koków) Enderlein (*mychity*, których istotną składową jest prajądro, *mych*).

Ponadto znane są wielokształtne formy drobnoustrojów hodowanych w rozczynach rozmaitych soli, specjalnie soli litu. Są to formy ziarenek, nitek splątanych, kul dochodzących do wielkości krwinki, zwojów i inne (Gamaleia, Maassen, Hata, Eisler, Kliene berger).

Otóż te fakty, które uważać można za stwierdzone, służą zwolennikom teorji cyklogenji do układania całego cyklu przemian rozwojowych drobnoustroju.

Więc Almquist uznaje stadjum: 1) myceloidu, podobne do grzybni, składające się ze splotu tworów nitkowatych. Podobne formy obserwowali u las. wąglika i pałeczki ropy błękitnej Hintenberger i Reitmann; 2) stadjum kul, z których powstają pałeczki, formy przecinkowate lub drobne kulki (*gonidia*). Podobne formy zarazka wąglika opisał Haag i inni; 3) okres bezkształtnych plasmodjów; 4) specjalnie duże kule, grające rolę sporangjów, zbiorników zarodników. Almquist widzi w tem, co ogólnie uważa się za jednostkę drobnoustroju, zbiór t. zw. probakteryj, uznaje płciowe rozmnażanie się z podziałem redukowanym, jak w komórkach płciowych wyższych istot. Opisuje on nawet mieszańce, powstałe przez krzyżowanie n. p. zarazków duru i czerwonki.

W zasadzie podobne są obserwacje Löhnisa. Mamy tu *gonidia*, plasmodjalną „symplasmę" i konjunkcję płciową z tworzeniem się mostków między komórkami i wymianą treści komórkowej. Także Enderlein podaje podobne obserwacje stadjów rozwojowych. Według niego powstają w złych warunkach elementy ziarenkowate, odpowiadające gonidjom. Po poprawieniu się warunków następuje powrót do form typowych. Przy dalszem trwaniu niekorzystnych warunków następuje podział gonidjów na drobne gonity, z których w pożywkach płynnych powstają oity i spermity. Kopulacja odbywa się w płynnem środowisku, a po zapłodnieniu komórki zaczyna się znowu ewolucja ku formom wyższym. Enderlein opisuje ponadto wiele gatunkowo charakterystycznych cech komórki bakteryjnej, jak ilość i kształt jąder, skład z elementarnych mychitów i t. d. Właśnie te szczegóły, leżące dla większości ludzi przy użyciu nawet najlepszych mikroskopów poza możliwością optyczną, jak np. dokładny opis konjunkcji przecinkowców cholery, przysparzają Enderleinowi wrogów. Lecz skoro przypomniemy sobie, ile szczegółów później stwierdzonych widział przez swoje lupy Leeuwenhoeck, musimy przyznać, że takie wyjątkowe zdolności wzrokowe są w zasadzie możliwe.

Haag opisując cykl rozwojowy laseczki wąglika podaje, że laseczki te rozpuszczają się w miejscu zakażenia, przyczem ta bakterjoliza nie prowadzi bynajmniej do zabicia bakteryj. Następnie tworzą się kuliste gonidja i „ciałka regeneratywne", umieszczone głównie w systemie siateczkowo-śródbłonkowym, a wreszcie następuje zalew organizmu powstałemi stąd formami otoczkowemi laseczek typowych. Pozatem prawdopodobne są stadja, podczas których zarazek wąglika przedstawia się jako pałeczka, odbarwiająca się Gramem, którą możnaby zaliczyć do grupy okrężnicowej (Sobernheim), dalej stadjum, w którem przypomina drobne pałeczki grypy, a wreszcie okres beztlenowy, który ma być według Haaga identyczny z laseczką obrzęku złośliwego.

Poza wymienionymi mamy jeszcze wielu innych badaczy przekonanych o mniej lub więcej zawiłym, a gatunkowo charakterystycznym cyklu rozwojowym bakteryj. Tu należą Hort, Mellon, Hadley, Oesterle i Stahl, Schmid-Kehl, Bergstrand, Scales i inni. Jak dalece musiałoby się zmienić nasze pojęcie gatunku, jak zupełnie inaczej wyglądałaby systematyka bakterjologji, gdyby poglądy te powszechnie się przyjęły, nie trzeba chyba dodawać. Możliwem jest, że doszlibyśmy do niewielkiej stosunkowo liczby określonych „prawdziwych" gatunków, łącząc z chaosu form znanych postacie należące do siebie jako stadja jednego gatunku, podobnie jak do larw owadów i robaków, opisywanych dawniej jako odrębne gatunki, dobrano dojrzałe postacie (*imago*). To byłaby druga możliwość ujęcia gatunku w bakterjologji.

Pokrewną jest trzecia droga, którą np. poszedł Kuczyński w swoich rozważaniach nad zarazkiem duru plamistego. Jak wiadomo, etjologja tej choroby jest bardzo zawiła. Kuczyński rozwiązuje zagadnienie stosunku Rickettsji Prowazeka, t. j. tej formy zarazka, którą znajdujemy u wszy zakażonych, do pał. odmieńca X w ten sposób, że uważa oba te drobnoustroje za związane genetycznie, a odmienne z powodu innego środowiska, postacie tego samego drobnoustroju. W organiźmie chorego człowieka znajduje się zarazek we formie uproszczonej, zubożałej w swych funkcjach fizjologicznych. We wszy daje on właśnie Rickettsje. Z chorego organizmu można wyhodować na pożywkach sztucznych, szczególnie przez t. zw. próbę gnicia, różne postacie tego zarazka, lecz nie są to już zarazki w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale ich saprofityczne, dzikie postacie o dużej zdolności przystosowywania się do sztucznego podłoża, niejako wszystkożerne, w przeciwieństwie do wyspecjalizowanej formy zarazkowej. To hodowanie z chorego organizmu nie jest, jak chce bakterjologja klasyczna, izolowaniem, otrzymywaniem czystej hodowli, lecz sztucznem urodzeniem z organizmu (*„Entbinden"*), przekształceniem zarazka w odmieńca dzikiego. Kuczyński otrzymuje w ten sposób szczepy rozmaite, różniące się morfologicznie, co do barwliwości, ruchu, właściwości hodowlanych i serologicznych. Wszystkie one są etapami przekształceń tego samego zarazka w saprofit. Także w samym organiźmie zwierzęcia chorego daje się zarazek s. s. przemienić w formę dziką, jeśli wywołamy bardzo wybitne wycieńczenie organizmu, np. przez zatrucie florydzyną. Wreszcie przeprowadzenie przez pluskwę sprzyja tej przemianie.

Specjalnie co do serologji, uważa Kuczyński, że obecność takich czy innych niweczników zależy nietylko od zarazka, ale i od jego gospodarza. Świnka morska przekształca odmieńce nawet wprost wprowadzone, tak, że zatracają charakter antygenu X, dlatego więc nie daje reakcji Weil-Felixa podczas tyfusu. Przeciwnie szczur posiada tendencję do tworzenia antygenu X, dlatego daje reakcję Weil-Felixa nawet zaszczepiony pokrewną z tyfusem plamistym gorączką gór skalistych, która u człowieka nie wywołuje odczynu Weil-Felixa.

W ten sposób żąda Kuczyński rewizji ogólnie przyjętych poglądów co do wartości różniczkowych metod fizjologicznych i serologicznych, a za miarodajne w określaniu gatunku uważa nie badanie jednej, dzięki określonym warunkom uzewnętrznionej postaci drobnoustroju, lecz badanie wszystkich możliwości utajonych w drobnoustroju i dających się poznać przez badanie związku z różnemi warunkami, a specjalnie z innemi ustrojami.

Stanowisko to różni się od cyklogenji, do której odnosi się Kuczyński z pewną rezerwą, bo jego przemiany nie przedstawiają cyklów zamkniętych, lecz raczej jednokierunkowe filogenetyczne (jeśli wolno tego określenia użyć w bakterjologji) przemiany, lub może raczej dałyby się one umieścić w myśl teorji Van Loghema w obrębie ontogenezy klonu.

Przekształcenie streptokoka w pneumokoka w pasażach na myszach byłoby drugim przykładem przemiany zarazka zależnej od organizmu, w którym on się znajduje i dowodem, że nie możemy uważać tych dwóch postaci za oddzielne gatunki w znaczeniu przyrodniczem. Dalszym przykładem byłaby przemiana prątka gruźlicy typu bydlęcego w typ ludzki, dokonywująca się regularnie u człowieka (Much) lub przemiana zarazka ospy na zarazek krowianki u szczepionego bydła.

Jak przedstawiałyby się gatunki w obrębie n. p. grupy pałeczek czerwonki, paratyfusów lub wśród maczugowców błoniczych i rzekomobłoniczych, gdybyśmy uwzględnili takie możliwości przemian, jakie praktyczne wnioski otrzymalibyśmy dla epidemjologji, trudno wprost przewidzieć. Za szczególnie ważne uważam stanowisko Kuczyńskiego wobec serologji, do której także Weil, jeden z ojców analizy receptorów, odnosi się w ostatniej swej pracy z pewnym krytycyzmem, bo znalazłszy serologiczne warjanty pałeczek OX19 wyraźnie pisze, że „samej budowie serologicznej nie przysługuje znaczenie czynnika bezwzględnie odróżniającego gatunki".

Jeśli mamy teraz w końcu naszych wywodów zebrać ich wyniki, to musimy przyznać, że bakterjologja nie ma dotąd ustalonego pojęcia gatunku. Najbardziej rozpowszechniony fizjologiczny kierunek rozporządza bardzo wysoko rozwiniętą techniką, rafinowanemi sposobami badań fizjo- pato- i serologicznych. Diagnostyka praktyczna daje olbrzymie mnóstwo form, typów i grup drobnoustrojów, o granicach mocno zacierających się, których stosunek do przyrodniczego pojęcia gatunku i rodzaju lub odmiany nie jest znany, a nawet wątpię, czy tą drogą może być poznany. Optymiści mówią o genotypach, mutacjach i warjacjach, nadużywając właściwie tych pojęć.

Kierunek cyklogeniczny, wzorując się na nauce o pierwotniakach, szuka cyklicznych etapów rozwojowych i obiecuje sobie, że tą drogą znajdzie naturalne stanowisko bakteryj w świecie istot żywych i ich naturalny podział na gatunki.

Ponadto istnieją próby ujmowania związków między różnemi postaciami drobnoustroju i ustanawiania gatunku drogą badań s. v. v. filogenetycznych, t. j. drogą śledzenia jednokierunkowych w zasadzie zmian, zachodzących w pokoleniach drobnoustroju przy zmianach środowiska i wykrywania w ten sposób wszystkich jego postaci, które mogą być urzeczywistnione.

Wiele obiecuje idea Van Loghema uważania klonu za osobnik i odróżnienia indywidualnych zmian i możliwości od ewentualnych przemian feno- i genotypowych. Przypuszczam, że na gruncie tej idei wyrośnie przedewszystkiem pojęcie osobnika, a potem pojęcie gatunku bakteryjnego, zgodne z pojęciem gatunku w innych działach biologji. Wysoko rozwinięta technika fizjologów, pozbawiona może zbyt skrajnych wykwitów, w które obfituje zwłaszcza serologja, a połączona z cierpliwą obserwacją, pielęgnowaną przez zwolenników cyklogenji i pomysłowością trzeciego przedstawionego wyżej kierunku, dawałyby razem kompromisową metodykę, która pozwala spodziewać się wszechstronnego rozwiązania naszego zagadnienia.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Hippokrates: *Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin*. Jahrgang 1, 2, 3 (1928, 1929, 1930). Herausgeben: Prof. Dr. Georg Honigmann (Giessen), Hippokrates — Verlag Stuttgart, Leipzig, Zürich.

W maju roku 1928 ukazał się pierwszy zeszyt tego dwumiesięcznika, poświęconego — jak czytamy w nagłówku — „dążeniom jednościowym współczesnej medycyny". Pod wezwaniem Hippokratesa zamierza redakcja zespalać rozbieżne prądy dzisiejszej medycyny w łonie jednej, naukowo ugruntowanej sztuki lecz niczej. Chodzi o zwracanie każdego poszczególnego badania ku jedynemu przedmiotowi medycyny, jakim jest cały chory człowiek. Ta ideologja zwracać się ma zarazem przeciwko przesadnej specjalizacji w badaniu i leczeniu, doprowadzającej do tego, że lekarz nie rozumie całości i istoty osobowości chorego. Równocześnie chodzi też o ześrodkowanie wszelakich dążeń antydogmatycznych, skierowanych przeciw hegemonji mechanistycznego przyrodoznawstwa. Redakcja spodziewa się drogą tych wysiłków urzeczywistnić swe idealne cele, mianowicie rozszerzyć pole lekarskiego myślenia i działania i pogłębić podstawy rozwoju medycyny przez wytworzenie nowego światopoglądu, wychodzącego ponad czysto przyrodnicze nastawienie i wolnego od dogmatów mijającej epoki. Oosbno podkreślono, że dążenia te bynajmniej nie mają się zwracać przeciw medycynie uniwersyteckiej, za czem przemawia choćby fakt, iż w komitecie redakcyjnym zasiada niemało profesorów i docentów niemieckich uniwersytetów. Samo czasopismo ma być areną dla rzeczowej krytyki i pozytywnych programów, które przysłużyć się mogą urzeczywistnieniu wymienionych celów. Wolność wypowiedzenia się ma być zasadą. Redakcja przyjmuje artykuły treści teoretycznej i praktycznej, zaobserwowane przypadki chorób, prace doświadczalne, dalej omówienia piśmiennictwa perjodycznego i książkowego i t. d., byleby tylko w tych pracach podkreślona była dążność ku jedności.

Ideologja niewątpliwie piękna i zamierzenia godne pochwały. Chodzi tylko o to, jak poszczególni autorowie będą pojmowali te wzniosłe zadania. Niewątpliwie ukazało się dotąd dużo bardzo ciekawych artykułów, zwracających uwagę lekarza na zagadnienia pouczające, godne przemyślenia, koło których przeciętny lekarz przechodzi bez zastanowienia, nie wiedząc nawet o tem, że jest dogmatykiem. Takie potrząsanie sumieniem lekarza i otwieranie oczu na bolączki dzisiejszej medycyny jest rzeczą ogromnie pożyteczną. Ale... są osobistości, które może najmniej są powołane do tej roli, któreby powinny raczej najpierw u siebie przeprowadzić gruntowną sanację poglądów. Cóż oznacza powołanie do komitetu redakcyjnego zacietrzewionych bojowników homeopatji? Jakaż jedność może wypłynąć ze współpracy poważnych mężów nauki z sekciarzami, żerującymi na bolączkach, do których leczenia czują się powołani? Nie pomoże powoływanie się na fakt, że w Berlinie utworzono katedrę homeopatji, gdyż mimo ten smutny krok nauka pozostanie tem czem jest, jeśli nie ma się wyrzec najwyższej jedności, t. j. jedności naukowej metody. A już fatalne wrażenie robi powołanie do komitetu redakcyjnego Hansa Mucha, niemieckiego lekarza i „filozofa", którego aforystyczne łamańce, igrające ze zdrowym rozsądkiem, oparte na tak śliskiem źródle, jak intuicja, zagłuszające dźwiękiem pustych słów próżnię treści, budzą odrazę lub co najwyżej śmiech u ludzi rozsądnych. Czasopismo „Hippokrates" osiągnie najprędzej upragnioną jedność, jeżeli odsunie się od ludzi, mącących jedność naukowej metody.

Dr. med. et phil. T. Bilikiewicz (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 24, z 11. czerwca 1931: H. L. Hirszfeldowie: Odporność ustrojów młodych (c. d.); — M. Fejgin: Dalsze spostrzeżenia nad stosowaniem dożylnych wlewań alkoholu. — I. Stein: Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Streszcz. pogl. c. d.); — I. Rutkowski: Zarys rozwoju chirurgji. — L. Wernic: Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich. (dok.).

Lekarz kolejowy, rok IV, nr. 2, z maja 1931: K. Piotrowski: Niektóre zasadnicze momenty w sprawie odżywiania. — Rybicki: Zastosowanie badań psychotechnicznych w kolejnictwie; E. Parczewski: O przyczynach, leczeniu i powikłaniach schorzeń wyrostka robaczkowego. — W. Karnicki: Przyczynek do kazuistyki obumierania płodów w macicy. — K. Koliński: Badania okulistyczne w kolejnictwie francuskiem. — T. Stryjecki: Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne morfologicznego obrazu krwi w gruźlicy płuc. — Miedziszewski: Sprawa obrony przeciwgazowej w Polskich kolejach Państwowych i organizacja punktów sanitarno-opatrunkowych przy D. O. K. P. w Gdańsku. — Typrowicz: Jastrzębie Zdrój, górnośląskie zdrojowisko słone i jego środki lecznicze. — A. Paul: Przyczynek do kazuistyki powstania znaczniejszych zmian gruźliczych w jamie brzusznej i kręgosłupie u wielorodzącej.

Opieka nad dzieckiem, rok IX, nr. 4, z kwietnia 1931: I. Puternicka: Umieszczanie dzieci w rodzinach.

Przegląd społeczno-lekarski, rok V, nr. 12, z 15 czerwca 1931: XII. Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego. — E. Mittelstaedt: Panie Doktorze, czy Pan ma co jeść? — St. Czerwiński: Uprawnienie techników dentystycznych i ich odpowiedzialność karna. — L. Korybut Daszkiewicz: Krynica, jej rozwój i wartości lecznicze.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 24, z 14 czerwca 1931: B. Schrager: Kokaina i jej środki zastępcze w świetle struktury chemicznej i działania fizjologicznego. — I. Muszyński: Z wędrówek farmakologicznych po Europie (c. d.); — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 10, z r. 1931: Zarządzenia M. P. i O. S.; — Zarządzenia O. P. Z. K. Ch.; — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych; — Orzeczenia, wyroki, wyjaśnienia; — Opieka nad dziećmi i młodzieżą; — Ubezpieczenia społeczne zagranicą; Kongresy i Zjazdy; Higjena pracy i choroby zawodowe; — Z życia Kas chorych.

Polska Stomatologja, rok IX, nr. 3, na maj i czerwiec 1931: Program V Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie; — O organizacjach międzynarodowych dentystycznych i stomatologicznych i współudziale w nich polskich organizacyj dentystycznych i lek. dentyst.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 4, z 15 czerwca 1931: St. Leszczycki: Racjonalna propaganda turystyki w naszych uzdrowiskach. — S. Mischel: O nowych zasadach leczenia kąpielami solankowemi i solankowo-powietrzno-ruchowemi i o stosowaniu ich w Truskawcu na Pomiarkach. — L. Korczyński: Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi Krakowskiej (c. d.).

Przegląd weterynaryjny, rok XLIV, nr. 6, z czerwca 1931: W. Lindenbaum: Praktyczna ocena stosowanych badań w walce z nosacizną, na podstawie doświadczeń z okresu wojny. — Wł. Herman: Hodowla zwierząt futerkowych. — M. Pfauówna i P. Pacześniowski: Przypadek ostrego zaparcia stolca u psa. — B. Natorski: Modyfikacja kleszczy kastracyjnych Królikowskiego. — F. Fried: Zwalczanie plagi gzów.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

Nr. 21. 1931.

J. Guisez: *Ciężkie zwężenia przełyku u małych dzieci*. Autor obserwował 2 przypadki zwężenia w dolnej części przełyku u około 2-letnich dzieci, które rozwijało się powoli prowadząc do znanych objawów. Badanie Roentgenem i ezofagoskopja pozwoliły rozpoznać tą sprawę chorobową i oba przypadki uleczono przez rozszerzanie sondą i następową okrężną elektrolizę. Autor omawia inne przypadki zwężeń poprzednio obserwowanych i zwraca uwagę na

niezbyt rzadkie przypadki, podobne do opisanych oraz podkreśla, że tylko ezofagoskopja pozwala je łatwo rozpoznać.

J. Séjourné: *Obrona organizmu w zakażeniu bakterjami ropnemi.* Obrona organizmu w zakażeniach zasadza się na wytwarzaniu przeciwciał bakteryjnych i na fagocytozie. W ciężkich zakażeniach autor stosował z dobrym wynikiem leczenie, polegające na przetaczaniu krwi dawcy uodparnianego (imuno-transfuzja). Uodparnianie dawcy krwi pewnym drobnoustrojem przeprowadza się przez 2—3 miesiące i krew zawiera wtedy swoiste przeciwciała. Prócz tego by zwiększyć żerność ciałek białych dawcy autor wstrzykiwał mu szczepionkę według metody Wright'a, na kilka godzin przed przetaczaniem krwi. Takie przetaczanie krwi, zawierającej przeciwciała i dużo żernych ciałek białych, wykonywał co kilka dni.

Nr. 22. — 1931.

M. Villaret: *Napadowe nadciśnienie tętnicze.* Napadowemu wzrostowi ciśnienia tętniczego towarzyszą najrozmaitsze objawy i patogeneza takiego nadciśnienia może być różna. Napadowe nadciśnienie może być wywołane przez nadmiar adrenaliny dostającej się do krwi np. przy nowotworach części rdzennej nadnerczy, po wstrzyknięciu adrenaliny, przez podrażnienie nadnerczy jadami jak nikotyna, lobelina i inn. i wkońcu przez podrażnienie nerwowe wydzielania nadnerczy. Nerwowe wzmożenie wydzielania adrenaliny może wystąpić na drodze odruchowej przy uszkodzeniu n. błędnego, przy zajęciu n. trójdzielnego i przy podrażnieniu innych nerwów czuciowych, na co autor podaje przykłady. Podrażnienie nadnerczy może wystąpić również przy zajęciu ośrodków nerwowych np. przy ucisku, przy zatorach mózgowych, przy skurczach naczyń mózgowych, przy duszeniu, przy podnieceniu psychicznem.

Prócz adrenaliny inne ciała jak efedryna, ergotamina, wyciąg z tylnej przysadki, niektóre wody mineralne i t. p. mogą wywoływać napadowy wzrost ciśnienia.

Nieznana jest patogeneza napadowego nadciśnienia przy rzucawce, przy *angina pectoris*, przy ostrym obrzęku płuc, w przebiegu wiądu rdzenia oraz w przypadkach stałego nadciśnienia.

Leczenie napadowego nadciśnienia, wywołanego nadmiarem adrenaliny we krwi może być przyczynowe np. chirurgiczne przy nowotworach, rentgenoterapeutyczne okolicy nadnerczy i usunięcie jadów, podnoszących poziom adrenaliny (nikotyna). Przy napadowem nadciśnieniu, występującem na tle odruchu nerwowego lub wskutek zmian w ośrodkach nerwowych należy leczyć zmiany chorobowe, które wywołują podrażnienie nadnerczy. Leczenie objawowe napadowego nadciśnienia powinno iść na samym końcu i tu autor wymienia środki jak johimbinę, azotyny, acetylcholinę i alfa-metyl-acetylcholinę, która działa lepiej niż poprzednia.

Leczenie nadciśnienia nieadrenalinowego polega na usunięciu czynnika toksycznego przy znanej etjologji i na zabiegach symptomatycznych jak upusty krwi i środki farmakologiczne wyżej wymienione.

J. Troisier, M. Monnerot-Dumaine i S. Develay: *Febris quintana.* Autorowie obserwowali 2 przypadki gorączki 1-dniowej, przedzielonej 3 dniami stanu bezgorączkowego. Jeden dotyczył kobiety z zapaleniem trąbki na tle gonokokowem, u której po ustąpieniu ostrych objawów zapalnych, którym towarzyszyła stała gorączka, wystąpiły gorączki o typie *febris quintana*, które utrzymywały się przez 3 miesiące i w końcu ustąpiły. Badanie krwi na pasorzyty i drobnoustroje, podobnie jak szczepienie zwierząt, dało wyniki ujemne. Drugi przypadek dotyczył dziecka 2-letniego, które przyszło z objawami skórnemi jakby ospy wietrznej i gorączkowało podobnie jak pierwszy przypadek przez miesiąc. Posiew krwi wykazał meningokoka. Oba przypadki należy uważać za zakażenie ogólne i ten typ gorączki należy uważać za wyraz walki organizmu z drobnoustrojami. W początkach zakażenia była gorączka stała, która przeszła w gorączkę o typie 5-dniowym, by wkońcu zupełnie zniknąć. Autorowie przypominają, że gorączka o takim typie nie jest specjalnością grupy ziarenkowców, ale że może wystąpić w innych zakażeniach np. znanej z czasów wojny t. zw. gorączce wołyńskiej.

P. Lechelle i R. Boucomot: *Zatory płucne w przebiegu rozwoju zawału mięśnia sercowego.* Autorowie opisują przypadek zawału sercowego, w którym w kilka dni później wystąpiły zawały w płucu prawem a potem lewem i podnoszą rzadkość tego rodzaju spostrzeżeń. Rozpoznanie opiera się na objawach klinicznych, badań rentgenologicznych nie przeprowadzano, pacjent wyzdrowiał.

P. Duhem: *Terapja fizykalna przy „poliomyelitis".* Autor na podstawie licznego materjału (60—80 przypadków rocznie) podaje swe spostrzeżenia o wartości zabiegów leczniczych przy *poliomyelitis* w stadjum bezgorączkowem. Leczenie samych ośrodków nerwowych promieniami Roentgena lub galwanizacją nie daje lepszych wyników aniżeli leczenie samych zaburzeń naczyniowych i porażeń mięśniowych. W leczeniu zaburzeń naczyniowych ważne znaczenie posiadają gorące kąpiele miejscowe (4 razy dziennie każda kończyna porażona przez ok. 25 min.) i diatermja. W leczeniu porażeń mięśniowych stosuje ćwiczenia mięśni, gimnastykę, różne rodzaje elektryzacji i naświetlania promieniami pozafiołkowemi, a przy wystąpieniu silnych bólów w przebiegu tej choroby robi naświetlania Roentgenem korzonków tylnych. Autor podkreśla, że skuteczne leczenie w myśl tych zasad można przeprowadzić tylko w zakładach specjalnie urządzonych dla tych chorych.

Nr. 23. — 1931.

L. Van Der Elst i M. de Langre: *Małe powikłania przy wycięciu woreczka żółciowego.* Autorowie omawiają powikłania pooperacyjne jak krwotoki, wydzielanie żółci przez ranę, żółtaczki i zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy i podają sposoby zapobiegania oraz leczenia tych powikłań. Ważną rolę odgrywa drenowanie, przyczem dren wkładają przez specjalny otwór poniżej rany laparotomijnej zrobiony na zewnętrznym brzegu m. prostego brzucha.

Nr. 24. — 1931.

M. Loeper i A. Lemaire: *O działaniu ogólnem ciał gorzkich.* Różne ciała gorzkie *(Gentiana, Colombo, Cascarilla, China, Condurango, Rheum, Nux vomica etc.)* mają kilka wspólnych własności i oddawna zajmują ważne miejsce w leczeniu różnych schorzeń. Zwiększają wydzielanie soku żołądkowego i niektóre powodują przechodzenie ciałek białych do treści żołądkowej oraz wzmagają kurczliwość mięśni żołądka, co autorowie stwierdzili u psa przez zapisywanie krzywych skurczu mięśni jelita, ale można przypuszczać, że i żołądek zachowuje się podobnie. Nie wszystkie ciała gorzkie działają jednakowo na ruchy przewodu pokarmowego, szczególnie kombinacja dwu goryczek zwykle zmniejsza ruchy, co ma znaczenie dla terapji, ponieważ przeważnie stosuje się kilka ciał gorzkich. Autorowie przekonali się, że ciała gorzkie przeważnie obniżają ciśnienie krwi i stwierdzili, że u psów z nadczynnością tarczycy ciśnienie spadało po dawkach 10-krotnie mniejszych niż u normalnych. Niektóre ciała gorzkie działają moczopędnie, wywołują leukocytozę a nawet wpływają na odżywianie, co odnosi się szczególnie do kozieradki *(Semen Foenugraeci)*, zawierającej dużo lecytyn i steryn a stosowanej na wschodzie jako środek otłuszczający.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo włoskie.
Pathologica.

1931. — Nr. 475.

Ragnotti: *O wytwarzaniu się grudek chłonnych na terytorjum wrzodów trawiennych.* Zapomocą metody histotopograficznej Christellera wyleczył Ragnotti grudki chłonne na terytorjum wrzodów trawiennych żołądka i dwunastnicy w 26 na 33 przypadków. Z niejakiem prawdopodobieństwem można, zdaniem R., przypuścić, że ten miejscowy „odczyn limfatyczny" jest objawem uczulenia na proteiny.

Fedeli: *Krzywa aminoacidemiczna po gastroenterostomji i resekcji żołądka.* W doświadczeniach na psach stwierdził Fedeli takie zmiany krzywej aminoacidemicznej po gastroenterostomji i wyosobnieniu lub resekcji odźwiernika, które wskazują na zaburzenie czynności wątroby. Fedeli zwraca uwagę, że z temi zaburzeniami, choćby tylko przejściowemi, powinien liczyć się chirurg przy resekcji żołądka. *C.*

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 22. listopada 1930 r.

Przewodniczy: prezes Kol. Rożkowski.

I. Kol. Frenkenberg omówił: „przypadek drgawek porodowych". *(eclampsia).*

Chora lat 35, pierwiastka, zawsze zdrowa. Przed porodem 2 napady drgawkowe. Poród kleszczowy. Dziecko żywe. 11-go dnia po porodzie bóle głowy, wymioty, wkrótce napady drgawek z początku rzadkie, potem coraz częstsze. 3-go dnia chora została umieszczona w szpitalu, gdzie stwierdzono *status epilepticus.*

Drgawki występowały stale po stronie lewej, rzadko tylko przechodziły na kończynę dolną prawą. Piana na ustach, nietrzymanie moczu. Porażenie połowicze lewostronne wiotkie, odruchy kolanowy i Achillesa po stronie lewej zniesione. Ciśnienie tętnicze 230/120, w moczu białko obecne, w osadzie do 20 wałeczków szklistych i ziarnistych, krwinki świeże.

Natychmiast po przybyciu chorej do szpitala zrobiono upust 350 cm^3 krwi oraz wstrzyknięto morfinę podskórnie. W ciągu całej doby trwały napady drgawkowe. Nazajutrz wstrzyknięto dożylnie 1 ampułkę somnifenu, napady rzadsze, po pół godz. 0,22 Luminal — natr. domięśniowo. Po kilkunastu minutach napady ustały prawie zupełnie, powtarzając się jednak w ciągu doby kilka razy, w znacznie słabszej formie. Na noc Luminal 0.1 *per os*. Nazajutrz drgawki powtórzyły się. Luminal—natr. 0,22 domięśniowo, a 0,1 *per os* na noc.

Tak samo 3-go dnia. Drgawki więcej nie powtórzyły się. 4-go dnia chora zupełnie przytomna, zaczyna poruszać kończyną dolną prawą. Badanie dna oczu wykazuje obustronne zapalenie nerwu wzrokowego z lekkiem zajęciem siatkówki *(neuroretinitis)*. Zawartość mocznika we krwi 0.72‰, ciśnienie tętnicze 160/100. Od tego czasu stan chorej stale się poprawia.

Rozpoznanie: *eclampsia post partum*. Na uwagę zasługuje późne jej wystąpienie, drgawki ściśle połowicze, porażenie podrgawkowe. (streszczenie własne).

W dyskusji Kol. St. Kon przypuszczał u chorej zator mózgowy wobec istniejących zmian w sercu. Kol. Koniecpolski uważa przypadek za niejasny, Kol. Goldman, Kol. Rożkowski odrzuca możliwość zatoru, przypuszcza jednak, że porażenie musiało nastąpić przed drgawkami. Referent podkreśla objawy ze strony nerek (białko, wałeczki, wzmożone ciśnienie, *neuroretinitis*, azotemja), które występują często przy drgawkach porodowych, również pojawienie się ich tuż przed porodem, co zmusiło do interwencji kleszczowej. Co do porażenia zwraca uwagę, że po napadach drgawek częstych, lub dłużej trwających, zwłaszcza jednostronnych zawsze występuje niedowład większy lub mniejszy, przeważnie przemijający.

II. Kol. Epsztejn wygłosił referat: „O sposobach działania środków odkażających mocz".

Kwestją tą zajmował się IV. międzynarodowy kongres urologów w Madrycie.

Odczyn moczu odgrywa dużą rolę w leczeniu. Ph w moczu daje nam wskazówki, jak kierować leczeniem. U zdrowego człowieka Ph w moczu waha się od 7,0—4,5. Warunkiem dogodnym dla rozwoju bakteryj jest Ph=7. Pał. okrężnicy umie dostosować się do wszelkich warunków. Metoda Jaeggy ułatwia określenie odczynu moczu (Ph) według załączonej tablicy.

Odczynnik	Fenolftaleina			Czerwień obojętna			Czerwień metylowa		
Barwa moczu	Czerwony	Różowy	Bezbarwny	Żółtobrunat.	Różowy	Czerwony	Żółty	Pomarańczowy	Czerwony
Wartość Ph	10	8,5	—	7,3	—	6	—	5,2	4,5

Zasadowość ← ——— → Kwasota

Aby zwalczyć bakterje, nprzykł. pał. okrężnicy, staramy się organizm raz zakwasić, raz alkalizować, przez odpowiednią dietę, żeby nie dopuścić do dostosowania się pał. okrężnicy do odczynu moczu. Jako środki zakwaszające stosujemy *ac. phosphoric. ofic.*, *ac. muriat. dil.* i sole wapnia; jako środki alkalizujące — Vichy, soda, cytrynian sodu. Ponieważ Ph zależy również od ciężaru gatunkowego, stosujemy naprzemian dni obfitujące w płyny z dniami suchemi.

Środkami stosowanemi do leczenia są:

1) Srebro i jego pochodne w użyciu lokalnem. Dla osłabienia drażniącego działania lapisu używa się *argoleum* (roztwór koloidalny srebra w oliwie) i *argolaval (argent, nitr.* + urotropina).

2) Urotropina $C_6H_{12}N_4$ jest produktem kondensacji formaldehydu i amonjaku (1 cz. urotropiny = 6 cz. formaldehydu + 4 cz. amonjaku); w roztworze obojętnym nie działa bakterjobójczo, dopiero roztwory kwaśne przeprowadzają rozkład urotropiny na formaldehyd i amonjak, zależnie od Ph. W organiźmie ludzkim rozkład ten następuje częściowo już w żołądku pod działaniem HCl, później w górnym odcinku jelit cienkich następuje wchłanianie urotropiny do krwiobiegu, gdzie znowu część jej ulega rozkładowi, a część nierozłożona dostaje się do moczu, śliny i żółci; tu następuje dalszy rozpad. Czynnikiem działającym, jak już wspomniałem jest formaldehyd, a raczej jego roztwór wodny formalina. Samej formaliny jednak używać nie można, gdyż silnie drażni błony śluzowe, a w większych dawkach może wywołać porażenie centralnego układu nerwowego. Dlatego też urotropinę należy uważać za lek dobrany bardzo szczęśliwie, gdyż ustrój ma możność regulacji rozkładu w zależności od stężenia jonów wodorowych. Urotropinę stosuje się *per os*, lepiej jednak drogą dożylną, a ostatnio nawet lokalnie.

3) Arsenobenzol — Gros w 1917 r. wprowadził salwarsan do leczenia zapalenia miedniczek nerkowych. Obecnie kombinuje się salwarsan (raz na tydzień) z urotropiną 2 × tygodniowo dożylnie).

4) *Mercurochrom*, wprowadzony przez Junga (zawiera 26% rtęci) dożylnie. W Ameryce stosuje się w dawkach zbyt wysokich (5 mg na kilo wagi); w Europie od 2—5 mg (maksimum). Miejscowo stosuje się 1—3% rozczyny *Mercurochrom'u*.

5) *Pyridium* — jest to koloid amin pirymidynowych, silnie bakterjobójczy. Stosuje się przez 10 dni, w pierwszych 6 dniach 3 × dz. à 0,2, następnie 3 × dz. à 0,1. (streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Goldman przytacza przypadki, w których *pyridium* skutkowało dobrze, jednakże niektóre chore miały przypadłości żołądkowe. Stosował też *mercurochrom* Gessnera, lecz miał objawy zatrucia. Kol. Konar podaje, że Landau stosuje *mercurochrom* w gośćcu stawowym. Kol. Szaniawski podkreśla, że urotropina przechodzi do mleka. U dzieci karmionych sztucznie sprawy chorobowe dróg moczowych idą dość opornie, poprawa następuje po przejściu na pokarm naturalny. Kol. Koniecpolski podnosi działanie utrotropiny w schorzeniach dróg żółciowych, zapytuje jak należy tłumaczyć to działanie, wobec tego, że żółć jest alkaliczna.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 11. lutego 1931 r. (wspólnie z Krakowskim Oddz. Polskiego T-wa dematol.).

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 4 lutego 1931 odczytano i przyjęto.

I. Demonstracje chorych i preparatów z Kliniki Dermatologicznej U. J.

Kol. Romanowa przedstawia typowy przypadek *Sclerodermia circumscripta* u kobiety, lat 31. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego neoarsenobenzolowo-bizmutowego i równocześnie podawaniu wyciągów z trzustki, częściowo w stanie świeżym, częściowo w postaci preparatów fabrycznych zmiany chorobowe w części ustąpiły.

Kol. Reiss: 1) przedstawia przypadek *Exanthema toxicum post Aurosan in decursu Lupi erythematosi faciei.*

W dyskusji Kol. Boczar. Leczenie złotem kombinuję w praktyce z heljoterapją. Złoto stosuję w ilości jednego grama w bardzo małych dawkach podskórnie. Gdzie nie mogę stosować sztucznie promieni pozafiołkowych, stosuję naświetlania słoneczne z bardzo dobrym wynikiem. Kol. Prof. Walter radzi zachować ostrożność w stosowaniu preparatów złota; promieni pozafiołkowych w leczeniu liszaja rumieniowego nie stosuje. Opisywane korzystne wyniki leczenia należy przypisać różnorodnej etjologji liszaja rumieniowego.

2) *Dermatitis herpetiformis Dühring.*

W dyskusji na zapytanie kol. Doc. Szymanowicza o prognozę kol. Prof. Walter wyjaśnia, że *prognosis quoad completam sanationem* jest niepewną, natomiast *quoad valetudinem* dobra.

II. Demonstracje chorych z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza.

Kol. Hirsch 1) przedstawia 2 przypadki *pemphigus vulgaris.*

2) przypadek *lues tuberoserpiginosa.*

3) *lupus vulgaris partim cicatricus* — charakter guzków bardzo zmienny o typie tuberkuidalnym.

4) *Cicatrix faciei post luem tertiariam ulcerosam;* chora leczona była poprzednio na mieście na *lupus vulgaris*, — badanie serologiczne krwi na odczyn B. Wassermanna z dodatnim wynikiem.

Kol. Mulowski — *Destructio nasi post luem gummosam ulcerosam congenitam*, przypadek ciekawy z tego względu, gdyż uległa destrukcji tylko jama nosowa przy oszczędzeniu podniebienia twardego.

III. Demonstracje chorych i preparatów z Kliniki Dermatologicznej U. J.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *Keratoma palmare hereditare* leczony przed laty Roentgenem w następstwie czego powstały zniekształcenia i *dermatitis chronica mutilans*, a ostatnio owrzodzenie na grzbiecie ręki lewej rozpoznano jako *epithelioma*, co potwierdziło badanie histologiczne.

Kol. Prof. Walter przedstawia:

1) przypadek *Mycosis fungoides* i preparaty mikroskopowe z tegoż przypadku. W leczeniu tego przypadku zastosowano wyciągi z odbiałczonej śledziony jako środek przeciw świądowi z bardzo dobrym wynikiem.

2) Rzadki przypadek *Miliar lupoid (sarcoid)* Boeck zaliczany do grupy tuberkulidów u 25-cio letniego mężczyzny z objawami niedomogi przysadki mózgowej i preparaty histologiczne z wycinka zmiany chorobowej.

W dyskusji Kol. Blassberg, z punktu widzenia internisty, widzi w danym przypadku objawy zaburzenia gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, mianowicie przysadkowe i możnaby przypuścić, iż osobnik ten cierpiał na zmiany gruźlicze części przysadki mózgowej. Kol. Boczar składa podziękowanie kol. Prezesowi za przedstawienie tak rzadkich i ciekawych przypadków.

IV. Odczyt Kol. Leuchtera: *Circumcisio prophylactica* (rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja nad wykładem Kol. Leuchtera.

Kol. Blassberg (autoreferat). Sądzi, że metoda dowodzenia statystyczna jest w tym wypadku zupełnie nieprzekonywująca i na niej nie można oprzeć zalecania uniwersalnego zabiegu, tak samo jak nie przyjęła się myśl, aby zapobiegawczo wycinać wszystkim ludziom wyrostek robaczkowy z powodu częstości jego schorzenia a to mimo jego powszechności u wszystkich warstw ludności. Zestawienie cyfrowe nie mówi nic o towarzyszących faktach, przyczynach i warunkach, podobnie jak samo statystyczno-cyfrowe zestawienie wyników operowanej *appendicitis* nie mówi nic o rozpoznaniu, stanie i przebiegu choroby, momencie operacji, technice zabiegu, biegłości operatora i innych warunkach wśród których choroba się toczyła. Nie przekonującem jest zalecanie powszechnego zabiegu tembardziej, że przytoczona statystyka zestawia stosunek cyfrowy, dotyczy tylko pewnej części osobników a mianowicie leczonych w klinikach i szpitalach, narażających się względnie leczonych w klinikach i szpitalach, narażających się względnie narażonych na zakażenie jadem kiłowym. Statystyka przytoczona nie obejmuje także ludności muzułmańskiej, wśród której, jak się zdaje (np. w Bośni i Hercegowinie) mimo obrzezania kiła jest bardzo rozpowszechniona. Również nie przekonywującem jest zalecanie powszechne zabiegu okaleczającego, dlatego, że chodzi tu o chorobę zakaźną, która może w swoim rozpowszechnieniu się zmniejszać i jako taka może być w przyszłości zupełnie zwalczoną. Nawet umiejętnie przez fachowca uskuteczniany zabieg mógłby pociągnąć za sobą pewną liczbę ofiar np. przy krwawiączce oraz w postaci zakażeń przyrannych, któraby mogła zaważyć wybitnie ujemnie na ogólnej zdrowotności w razie powszechności zabiegu. Kol .Prof. Szumowski zastrzega się, że nie ma zamiaru wypowiadać się ani za, ani przeciw obrzezaniu, gdyż nie posiada w tej mierze odpowiedniego doświadczenia lekarskiego. Zwraca uwagę na drukującą się obecnie w czasopiśmie „Janus" pracę Dra Schapiro z Paryża, który broni obrzezania i wypowiada pogląd, że rytualny ten zabieg ma ostatecznie znaczenie moralne. Mianowicie obrzezanie usuwa razem z napletkiem znaczną część gruczołów Tysona, wytwarzających *smegma preputiale.* Po obrzezaniu gruczoły pozostałe na odwróconym napletku, ulegają również zanikowi. W ten sposób u obrzezanych nie wytwarza się mastka *(smegma),* która jako wydzielina ostra o przenikliwej woni wywiera na żołądź u nieobrzezanych działanie drażniące, podtrzymując członek męski w stanie pożądliwości nawet wtedy, kiedy niema w pobliżu przedstawicielki płci żeńskiej. Kol. Boczar uważa, iż wymycie i wysuszenie napletka wystarcza w zupełności jako środek zapobiegawczy przeciw wielu chorobom *(balanitis, balanoposthitis)* zabieg zaś proponowany przez prelegenta uważa nietylko za okaleczenie, ale również i oszpecenie. Kol. Doc. Szymanowicz — poddaje w wątpliwość dane statystyczne, nie uwzględniające t. zw. moralności u żydów, obcowania płciowego pozadomowego, co się zaś tyczy raka i częstości jego powstawania winna być wzięta pod uwagę również rasa.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 18. lutego 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 11 lutego 1931 odczytano i przyjęto.

Kol. Doc. Szymanowicz przedstawia przypadek zarośnięcia jamy macicy po *abrasio uteri,* wykonanej w kilkanaście dni po porodzie. Po wykonanym przed 7-miu tygodniami zabiegu operacyjnym powróciły normalne perjody. Omówienie techniki zabiegu operacyjnego zostało odłożone na następne posiedzenie.

Kol. Halpern wygłosił odczyt pod tytułem: Gastrofotografja jej znaczenie kliniczne na podstawie doświadczeń I-szej Kliniki chorób wewnętrznych U. J. (pokazy zdjęć). (P. Gaz. Lek. Nr. 18, r. 1931).

W dyskusji Kol. Reiner (autoreferat) zaznacza, że dla oceny wartości jakiejś nowej metody diagnostycznej konieczne jest porównanie jej wyników z wynikami, uzyskanemi już przedtem istniejącemi metodami. Żałuje, że prelegent w tym kierunku nie dostarczył dokładnych danych. Uważa, że metoda ta powinna się przyczynić do wyświetlenia kwestji, czy istnieje nadkwaśność żołądka, przebiegająca z okresowo występującemi bólami jako taka, czy też poza nią kryje się zawsze wrzód żołądka. Kol. Prof. Tempka zaznacza, iż celem dzisiejszego odczytu było zaznajomienie z nową metodą diagnostyczną, mało znaną, gdyż w Europie pracują nad nią zaledwie trzy Kliniki. Nie wyruguje ona innych metod badania klinicznego (Roentgen, gastroskopia i sondowanie żołądka) przeciwnie razem z nimi może służyć do wyjaśnienia obrazu klinicznego wielu chorób. Konieczna przytem jest ścisła współpraca z chirurgami i kontrola autoptyczna.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 25 lutego 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 18 lutego 1931 odczytano i przyjęto.

I. Prof. Majewski przedstawia z Kliniki okulistycznej U. J. przypadek choroby Eddowesa (niebieska twardówka, głuchota, łamliwość kości) u starej kobiety operowanej z powodu katarakty. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Kol. Miodoński (autoreferat) Zespół: 1) Łamliwość kości, 2) Niebieska twardówka. 3) Niedosłyszenie opisali dokładniej najpierw Anglicy — Dighton, Bronson, Fraser oraz Stolendny v. d. Stoeve, de Kleyn, Straat. Ruttin podkreśla, że w powyższym zespole zdarzają się często wady serca. Cierpienie bywa częściej dziedziczne rzadziej sporadyczne. Często zaznaczona jest tylko część zespołu np. tylko łamliwość kości lub tylko niebieska twardówka + niedosłyszenie. Upośledzenie słuchu bywa zwykle o typie otosklerotycznym rzadziej o typie labiryntowym bez cech *ankylosis stapedis.* Jeden jedyny przypadek pełnego zespołu badany histologicznie przez Ruttina potwierdził kliniczne rozpoznanie *otosclerosis.* M. Weber dowodzi, że w przypadkach otosklerozy często dopatrzeć się można zmian w systemie kostnym. Również zespół wspomniany rozgrywa się na tle zmian systemu kostnego o typie Vrolika, względnie Lapsteina. Bauer dowodzi, że obok zmian kostnych stwierdzić się dają zmiany chrzęstne, okostnowe, tkanki adenoidalnej oraz krwi; — uważa więc całą sprawę za konstytucjonalne upośledzenie mezenchymy i jej pochodnych. W przypadku przedstawionym przez Prof. Majewskiego badanie otologiczne wykazuje bardzo znaczne upośledzenie słuchu, które mimo bardzo daleko posuniętych zmian pozwala jeszcze rozpoznać *ankylosis stapedis;* samo unieruchomienie strzemiączka nie tłumaczy jednak w całości upośledzenia słuchu w danym przypadku.

Proces otosklerotyczny nazwany przez Manossego *ostitis chronica metaplastica* musi w przypadku tym dotyczyć nietylko okolicy strzemiączka lecz również innych części bloku labiryntowego — co dopiero może wytłumaczyć tak znaczne upośledzenie słuchu. Ta ostatnia okoliczność każe z góry odrzucić w tym przypadku możliwość poprawy słuchu metodami chirurgicznego leczenia.

II. Z oddziału położniczego i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza.

Kol. Dobrowolski omawia przypadek samopomocy położniczej przy zbrodniczem spędzeniu płodu.

III. Demonstracje chorych z Kliniki chorób nerwowych i psychjatrycznych U. J.

Kol. Chłopicki przedstawia przypadek współistnienia dwóch psychoz: psychozy starczej i psychozy na tle porażenia postępującego.

W dyskusji Kol. Doc. Zieliński skłania się w danym przypadku do przyjęcia tylko porażenia postępującego, powołując się na różnorodność objawów psychicznych w jego przebiegu.

Kol. Godłowski przedstawia przypadek *polyneuritis cerebralis.*

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 4. marca 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 25 lutego 1931 odczytano i przyjęto.

Kol. Wachtel Henryk (autoreferat) przedstawia chorego lat 53, który przed półtora laty zgłosił się z bardzo dużym owrzodziałym guzem lewego jądra. Badanie mikroskopowe wykazało

seminoma. Chory od tego czasu otrzymał trzy serje lecznicze promieniami Roentgena. Wynik leczniczy jest bardzo pomyślny. Guz jądra znikł zupełnie. Skóra obecnie nie wykazuje nawet blizny. Jądro jest małe, twarde. Wzdłuż sznurka nasiennego zgrubienie. W jamie brzusznej dały się stwierdzić przerzuty, które pod wpływem leczenia również ustąpiły. Chory czuje się zupełnie dobrze i wykonuje swój zawód leśniczego. Poza naświetlaniami Roentgena chory przeprowadził leczenie ogólne dietetyczne i farmaceutyczne. Zmiany w okolicy lewego jądra nakazują jednak uważać, że proces chorobowy jeszcze nie jest zakończony i chory pozostaje nadal w obserwacji.

Przyjęto czterech kolegów na członków. 1) Kol. Podworskiego Edwarda, asyst. Kliniki okulistycznej U. J. 2) Kol. Zakrzewskiego Zygmunta, asyst. Zakładu Patologji U. J. 3) Kol. Kowarzyka Hugona, asyst. Zakładu Patologji U. J. 4) Kol. Kraszewskiego Wacława, asyst. II. Kliniki chirurgicznej U. J.

Kol. Doc. Oszacki wygłasza odczyt pod tytułem: Tlen we krwi przy nowotworach. (Rzecz przeznaczona do druku).

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 11 marca 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia naukowego z dnia 4. III. 1931 odczytano i przyjęto.

Demonstracja chorego z Kliniki Lekarskiej U. J.

Kol. Dziuba przedstawia przypadek kamicy nerkowej powikłany mocznicą i omawia przebieg i leczenie.

W dyskusji zabiera głos kol. Blassberg w sprawie leczenia.

Kol. Syrop wygłosił odczyt pod tytułem: Czy pardentosa (ropotok dziąsłowy) jest chorobą organiczną, jej przebieg i leczenie. (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Blassberg stwierdza z zadowoleniem, że również i w dentystyce rozpowszechniają się nowe prądy o chorobie całego ustroju, a podział dawny się zaciera, czego dowodem są poglądy prelegenta; z punktu widzenia fizjopatologji ogólnej zrozumiałe są wspomniane przez prelegenta znikanie ciałek białych eozynochłonnych, pojawiające się na szczycie choroby w przebiegu chorób zakaźnych, znikanie zaś wapnia w niektórych przypadkach tłumaczy w zupełności nauką o zaburzeniach w gruczołach dokrewnych.

W dyskusji zabierali głos Kol. Mester, Blassberg i prelegent.

Sekretarz: *W. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IX. posiedzenie naukowe z dnia 20. marca 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Demianowska M. przedstawia: guz płata czołowego, lewego. Chory 43 letni bez obciążenia dziedzicznego, w młodości często zapadał na płuca, podczas wojny przeszedł malarję. W r. 1914 zakażenie kiłowe, leczone tylko raz wcieraniami. W r. 1928 skutkiem wypadku stracił prawe oko, po kilkumiesięcznem leczeniu powraca do pracy.

Od 26. grudnia 1930 miewa chory napadowo kilka razy w tygodniu kurcze kończyn górnych i dolnych bez drgawek, bez utraty przytomności, trwające kilkanaście minut. Nadto skarży się na bóle głowy w lewej okolicy skroniowej kilka razy z wymiotami i od miesiąca pogorszenie wzroku na lewem oku.

Objektywnie stwierdzono wybitne zaburzenia psychiczne, chory apatyczny, bez zainteresowania, odpowiada z ociąganiem się, dużo śpi. W miejscu i otoczeniu nie zorjentowany. Czasami żywszy, daje odpowiedzi ze skłonnością do dowcipowania. Mimika sztywna bez afektu. Źrenica lewa dość szeroka, nieokrągła, reaguje słabo na światło i akomodację. Przejściowo występowały lekkie objawy ataktyczne. Wśród obserwacji klinicznej zaznaczyły się objawy pyramidowe a mianowicie: niedowład lewej dolnej gałązki nerwu twarzowego i osłabienie lewych odruchów brzusznych i odruchu podeszwowego. Odruchy kolanowe ob. bardzo słabe. Na dnie oka obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Rentgenologicznie wzmożony ucisk wśródczaszkowy. O. W. we krwi dodatni, w płynie ujemny. Płyn wodojasny, o dużem ciśnieniu wykazał wzmożone ilości białka i elementów komórkowych (przy pierwszem nakłuciu 26/3, limf. bez leukocytów, przy drugiem 53/3 limf. i 33/3 leuk.). Cytologiczne badanie krwi przeprowadzone dwukrotnie nie wykazało wzmożenia ogólnej ilości ciałek białych jedynie tylko względną leukocytozę obojętno-chłonną z przesunięciem na lewo.

Diagnoza w przypadku tym wahała się między trzema możliwościami: *gumma, abscesus* i *tumor.* Przebyte zakażenie kiłowe i dodatni odczyn O. W. we krwi czyniły pierwsze rozpoznanie bardzo prawdopodobnem, wobec jednak ujemnego O. W. w płynie i stałego pogarszania się sprawy bez wpływu leczenia specyficznego przechylono się raczej do przyjęcia ropnia lub guzu. Uraz z utratą oka przy objawach frontalnych nasuwał myśl, że mamy do czynienia z ropniem, którego punktem wyjścia jest właśnie utracone oko. Badanie cytologiczne krwi wprawdzie nie potwierdzało przypuszczenia tego w zupełności, jednak nie wykluczało tej diagnozy. Wzmożony ucisk śródczaszkowy przemawiał raczej za guzem. Wynik badania oka nie przechylał diagnozy ani w jednym ani w drugim kierunku, jednak tarcza zastoinowa a nie *neuritis,* przy frontalnej lokalizacji raczej odpowiada guzowi. Jako miejsce ogniska przyjęto płat frontalny. Ponieważ w sprawach toczących się w tej okolicy brak pewnych objawów lokalizacyjnych stronę określić mogą tylko objawy drugorzędne, w przeważnej części przypadków objawy piramidowe, zawsze ze strony przeciwnej. Dlatego też przyjęto w naszym przypadku ognisko po stronie prawej i tam wykonano zabieg operacyjny.

Sekcyjnie znaleziono guz frontalny po stronie lewej, leżący u podstawy i drążący w stronę jąder podstawowych.

b) *Ropień płata potylicznego prawego.*

Chory 27 letni bez obciążenia dziedzicznego, poza uporczywemi katarami nosa, które po operacji ustąpiły, nie chorował.

Obecna choroba rozpoczęła się kaszlem i katarem trwającym przez tydzień, poczem wystąpiły silne bóle głowy, umiejscowione nad oczodołami, potęgujące się w porze popołudniowej. Od 28. II. dołączyły się podwyżki ciepłoty, sięgające 38.4. 8. III. nagle przestał widzieć po lewej połowie pola widzenia. Od tego też czasu ma wymioty kilka razy dziennie.

Objektywnie stwierdzono lewostronną hemianopsję, nieznaczną lewostronną hemiparezę, dodatni objaw Romberga i nieznaczną ataksję móżdżkową. Bóle głowy i wymioty utrzymywały się stale podczas pobytu badanego na klinice, ciepłota niepodwyższona. W ostatnim dniu niepokój motoryczny, wreszcie o godz. 6.40 nagła śmierć wśród kurczu wyprostnego kończyn. Dno oka bez zmian. We krwi leukocytoza. W płynie 793/3 limf. i 20/3 leuk. dodatnie odczyny na białko. Sekcyjnie znaleziono duży ropień w prawym płacie potylicznym.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względów praktycznych tak z powodu początku jak i przebiegu choroby. Mamy tu do czynienia z ropniem szybko przebiegającym po przebytej lekkiej sprawie grypowej, bez wiadomego punktu wyjścia, przebiegającym z nieznacznemi stanami, podgorączkowemi, w ostatnich dniach bez gorączki. Za ropieniem przemawiał wynik badania krwi i śmierć nagła z objawami przedostania się ropy do komór, natomiast brak punktu wyjścia i płyn z wybitną limfocytozą nie należą do typowych objawów. Lewostronna hemianopsja jest objawem ogniskowym, nieznaczna hemipareza wywołana jest prawdopodobnie kolateralnym obrzękiem mózgu.

W dyskusji nad przypadkiem drugim Kol. Rothfeld wspomina o zasadzie Oppenheima, że nie można rozpoznawać ropnia tam, gdzie niema widocznego źródła infekcji. Przypadek ten ma praktyczne znaczenie, gdyż dowodzi, że może być ropień mózgu bez widocznego punktu wyjścia nietylko klinicznie ale i na sekcji. Kol. T. Ostrowski w związku z przypadkiem pierwszym zapytuje czy chory podawał ból po stronie lewej i czy w przypadkach tego rodzaju schorzeń mózgu miejsce bólu, podawane przez chorego, nie może być pomocne w lokalizowaniu guza. Kol. Demianowska odpowiada, że miejsce bólu podawane przez chorego ma pewne znaczenie zwłaszcza w przypadkach guzów płata czołowego.

3) Kol. Adam-Falkiewiczowa omawia przypadek tętniaka na podstawie mózgu. Mężczyzna blisko 60-letni zgłosił się do kliniki z powodu silnych bólów głowy i karku, które nagle wśród nudności, krótkotrwałej utraty przytomności pojawiły się na kilka dni przedtem. Następnego dnia po wystąpieniu objawów chorobowych zauważyła rodzina chorego opadnięcie lewej górnej powieki. Przedmiotowo stwierdzono przy przyjęciu silne objawy oponowe, bradykardję, objawy niedowładu n. okoruchowego lewego (opadnięcie powieki, gorsza ruchomość lewej gałki na zewnątrz i ku górze, nieco szersza lewa źrenica) a przytem brak gorączki i dobry swobodny stan ogólny chorego. Opierając się na nagłym początku choroby i objawach przedmiotowych rozpoznano krwotok podpajęczynówkowy o przebiegu zupełnie typowym, a tylko objawy ze strony n. okoruchowego nie należały do całości obrazu. Punkcja lędźwiowa potwierdziła rozpoznanie, płyn był zupełnie krwawy, ciemnorubinowy po opadnięciu krwinek. W ciągu kilku dni następnych stan chorego pogorszył się, wystąpiła gorączka wysoka pochodzenia prawdopodobnie centralnego i po 4 dniach mimo dalszych punkcji chory umarł. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało specjalnych zmian, w moczu w pierwszych dwu dniach cukier też prawdopodobnie pochodzenia centralnego, próba

mastiksowa która daje z płynem mózgowordzeniowym charakterystyczne dla przebiegu podpajęczynówkowych krzywe, w tym przypadku wypadła ujemnie.

Ciekawym szczegółem nie należącym do zwykłego obrazu klinicznego było zajęcie n. III. Na objaw ten tem bardziej zwrócono uwagę, że zarówno chory sam, jak i jego rodzina podawała w wywiadach bóle głowy, które występowały u chorego w ostatnich latach w przerwach co kilka tygodni. Miało to znaczenie o tyle, że mogła to być migrena która z jednej strony przebiegać może z przemijającem porażeniem n. okoruchowego z drugiej strony zaś podnoszony jest przez autorów związek migreny z powstawaniem krwotoków podpajęczynówkowych. O ile jednak wywiady chorego były ścisłe nigdy przedtem dwuwidzenia ani opadnięcia powieki w związku z bólem głowy nie miał. Jako przyczynę krwotoku przyjęto miażdżycę naczyń.

Sekcja wykazała rozległe skrzepy na podstawie mózgu a po usunięciu ich znaleziono tętniak pęknięty wychodzący z tętnicy łączącej tylnej mózgu *(art. communicans posterior cerebri)* po stronie lewej. Obraz sekcyjny tłumaczy jasno cały przebieg kliniczny. Bliskie sąsiedztwo tętnicy łączącej tylnej z nerwem okoruchowym było powodem, że krwotok z tętniaka tu leżącego wywołał parezę mięśni unerwionych przez ten nerw.

W dalszym ciągu omawia Kol. F a l k i e w i c z o w a ogólnie tętniaki mózgu, które są prawie nierozpoznawalne za życia tylko tętniaki mózgu, które są prawie nierozpoznawalne za życia a tylko w bardzo nielicznych przypadkach intermitujący przebieg choroby może nasuwać podejrzenie badającego w tym kierunku. Zupełnie analogiczny przypadek do dziś omawianego opisał jeden z autorów angielskich w r. 1926, tam również tętniak tętnicy łączącej tylnej mózgu dał objawy krwotoku podpajęczynówkowego z zajęciem n. III. i hemiparezą drugostronną którą tłumaczy autor uciskiem krwotoku na *pedunculus*. Przypadek ten również nie był rozpoznany za życia.

4) Kol. C z o b a n - S a n d a u e r o w a wygłosiła „Uwagi w sprawie poradni wychowawczych. (przeznaczone do druku w P. G. L.).

Ordo-Rząd	Familia — Rodzina	Genus — Rodzaj
Schizomycetales Rozszczepki	Coccaceae - Ziarenkowate	Streptococcus-Paciorkowiec Sarcina — Sześcianka, Sześcianowiec Micrococcus — Ziarenkowiec Staphylococcus-Gronkowiec
	Bacteriaceae — Pałeczkowate	Bacterium - Pałeczka, Pałeczkowiec Fusobacterium Wrzecionowiec Erysipelothrix-Włoskowiec Plocamobacterium — Splotowiec
	Desmobacteriaceae Nitkowate	
	Spirillaceae, Vibrionaceae — Śrubowate, Przecinkowate	Vibrio – Przecinkowiec
		Spirillum – Śrubowiec
	Spirochaetaceae — Krętkowate	Spirochaeta — Krętek, Krętkowiec
	Bacillaceae-Laseczkowate	Bacillus – Laseczka, Laseczkowiec
Actinomycetales Rososzki	Proactinomycetaceae - Maczugowate	Corynebacterium – Maczugowiec
		Mycobacterium — Prątek, Prątkowiec
	Actinomycetaceae Promieniowate	Actinomyces-Promieniowiec

5) Kol. St. L e g e ż y ń s k i wygłasza wykład p. t.: Mianownictwo polskie w systematyce bakteryj.

Po krótkiem omówieniu rozwoju historycznego i stanu obecnego systematyki bakteryjnej, przedstawia referent zasady podziału Lehmanna i Neumanna tudzież mianownictwo polskie przyjęte, ewentualnie projektowane przez Komisję Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich, które przedstawia podana tablica.

Sekretarz doroczny *Antoni Falkiewicz.*

Towarzystwo Lekarzy Szkolnych.

P r o t o k ó ł z p o s i e d z e n i a w dniu 22 stycznia 1931 r.

Przewodniczący: Dr. St. K o p c z y ń s k i.

P r z e w o d n i c z ą c y zawiadamia o świeżo wydanej przez Ossolineum pracy prof. Dr. Piaseckiego *„Teorja wychowania fizycznego"*. Książka napisana żywo i poglądowo, nadaje się do gruntownego przestudjowania nietylko dla nauczyciela ćwiczeń cielesnych, lecz i dla lekarza zarówno szkolnego, jak i sportowego.

Dalej P r z e w o d n i c z ą c y uzupełnia informacje z ostatniego posiedzenia, dotyczące kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, który rozpocznie się 13. IV. 1931.

Wreszcie przewodniczący podaje do rozebrania broszurki o preparacie „Panacrin" i próbki tego środka, przysłane przez wytwórcę mgr. Bukowskiego.

Dr. M i t k i e w i c z podaje do wiadomości, że niejaki p. Nawarski zgłasza gotowość wynajęcia 10 pokoi na kolonje letnie w swej willi, w Ciechocinku; następnie przypomina Rozp. Wydz. Zdr. Kom. Rządu o obowiązkowem zgłaszaniu wypadków twardzieli i jaglicy i odczytuje zawiadomienie Wydz. Zdr. Magistratu o zmianie godzin, przeznaczonych do zgłaszania chorób zakaźnych. Przy zgłoszeniach telefonicznych należy się posługiwać numerem 8-30-72. Wreszcie zachęca Dr. M. do zwiedzania wystawy przeciwgruźliczej za uprzedniem zgłoszeniem telef. (Nr. 748-43); zwiedzać można grupami, obejmującemi nie więcej niż 70 osób. Po zamknięciu wystawy na Hipotecznej, projektowane jest urządzenie wystawy ruchomej na peryferjach miasta, gdzieby mogły zwiedzić ją szkoły tam położone, bez straty czasu i bez ponoszenia kosztów przejazdu do śródmieścia. W krótkim czasie ma być również urządzona wystawa ilustrująca walkę ze *wszystkiemi* chorobami zakaźnemi.

Dr. U l i ń s k i zawiadamia, że okręgowy urząd Wych. Fiz. i Przysp. wojsk. urządza na Bielanach kurs dla zaznajomienia uczestników z najnowszemi zdobyczami na polu wych. fiz.

P r z e w o d n i c z ą c y uważa sprawę tę za nieaktualną wobec tego, że przy klinice prof. Orłowskiego odbędzie się kurs z tej samej dziedziny pod kątem widzenia klinicznym, przyczem nie skoncentrowany i przy zajęciach całodziennych, lecz rozłożony na 6 tygodni.

Następnie prelegent Dr. Jan B o g d a n o w i c z wygłasza referat p. t. *„Przebieg tegorocznej epidemji błonicy"*.

Dr. J. B o g d a n o w i c z stwierdza, że odrębnością epidemji błonicy w r. 1930 jest znacznie zwiększona zapadalność (3247 przyp. wobec 1282—912—758—688—449—502—309... 254 w poprzednich latach), zwiększona infekcyjność (stąd częstsze zapadanie „rodzinami"), zwiększona ilość angin o ciężkich objawach i dużych nalotach, a jednocześnie zmniejszona ilość krupów. Charakter epidemji nasuwa podejrzenie zwiększonej toksyczności bakteryj błoniczych; wiek szkolny co do zachorowań stanowi koło 20% wszystkich przypadków. Wobec rozlegających się głosów, zwłaszcza w piśmiennictwie zagranicznem, o nieskuteczności surowicy przeciwbłoniczej — referent podkreśla, że w szpitalu im. K. i Marji stosowano surowicę przeważnie z dobremi wynikami i że osobiście widzi w niej jedyny, ***rzeczywiście wartościowy środek leczniczy w walce z błonicą***. Surowica w myśl starych, a stale mających rację — wskazań, musi być stosowana możliwie wcześnie, w dużych dawkach (bez przesady jednak, jak to się dzieje np. we Francji) i najlepiej domięśniowo lub dożylnie. Są robione próby stosowania surowicy do kanału rdzeniowego.

Wobec częstych powikłań podyfterytycznych — wymagany jest u dzieci długi okres rekonwalenscencji. Czas zwolnienia z gimnastyki oraz pewnego oszczędzania pracy umysłowej powinien trwać od 6—8 tygodni licząc od początku choroby.

Nosicielstwo stwierdza się często u dzieci jeszcze po 2—3 tyg. choroby. Niema wyraźnych wskazań w utrudnianiu dzieciom w wieku szkolnym — w tych przypadkach chodzenia do szkoły. Wobec nasilania się epidemji błonicy i jej niejednokrotnie groźnego przebiegu — referent uważa za konieczne *położenie dużego nacisku na szczepienia ochronne*, przyczem podaje nowe próby uodporniania.

Jako korreferent Dr. Wölfle uzupełnia swemi uwagami przebieg kliniczny błonicy.

W latach ostatnich spotykamy się z pocieszającem zjawiskiem, że coraz mniej przypadków zaniedbanych w leczeniu przybywa do szpitala, jeśli nawet przychodzą w późniejszym okresie choroby, to przeważnie już leczone surowicą w domu.

Początek dyfterytu miał charakter nagły, bądź też powolny, w pierwszym przypadku były to dyfteryty powikłane, najczęściej grypą.

Częściej niż w latach ubiegłych spotykaliśmy się z anginą ciężką, z dużemi rozległemi nalotami, na co zwróciły uwagę w roku ubiegłym Skwarczyńska i Śliwińska w cennej swej pracy nad anginą złośliwą.

Krzywa ciepłoty w obecnej epidemji zależną była od infekcyj wtórnych. Do czasu wybuchu grypy w Warszawie mieliśmy do czynienia przeważnie z niewielkiemi wzniesieniami temperatury. 75% przypadków przybywało z ciepłotą w granicach 37—38°, bądź też zupełnie bez patologicznego wzniesienia temperatury. Około połowy listopada z chwilą pojawienia się epidemji grypy zaczęła zwiększać się ilość przypadków wysoko gorączkujących (do 40° i wyżej). W końcowym okresie epidemji grypy znowu zaczęły przeważać przypadki z niewysokiem wzniesieniem temperatury.

Z powikłań najczęściej spotykaliśmy się z zapaleniem m. sercowego, w lekkiej formie w więcej niż połowie przypadków, w ciężkiej zaś w 9%.

W znacznym stopniu wzmogła się ilość powikłań ze strony układu nerwowego. Z zestawień Szenajcha, Skwarczyńskiej i Śliwińskiej wynika że w pierwszym dziesięcioleciu (w latach 1914—24) było 1,0% porażeń, w roku 1928 — 3%, w 1929 — 6,0%. W roku 1930 spostrzegaliśmy 15% dyfterytów powikłanych porażeniami, które występowały nietylko w późnym okresie chorobowym, ale też i w pierwszych dniach, często nawet przed ustąpieniem objawów miejscowych (nalotu). Najczęstsze były porażenia podniebienia, mięśni twarzy, głowy, gałek ocznych, kończyn, a nawet zanotowaliśmy 3 przypadki porażenia przepony.

Ropne zapalenie gruczołów chłonnych spotykaliśmy w 3,2%, zapalenie ucha środkowego — w 2%.

Przypadków ciężkiego zapalenia nerek o charakterze nerczyc spostrzeżono w 4%.

Zwiększyła się też ilość angin krwotocznych, gdzie spotykaliśmy się często z małopłytkowością, dochodzącą do 48.000.

W przebiegu dławca zanotowano duży spadek powikłań zapalenia płuc i stąd znaczne obniżenie śmiertelności.

W Statystyce Szenajcha z 10-lecia szpitala na 484 przyp. dławca było 28.0% zapaleń płuc i 19% wynosiła śmiertelność. W roku 1930 na 283 przyp. dławca było 16.6% powikłań płucnych i śmiertelność spadła do 9%.

Ogólna śmiertelność na dyfteryt w Statystyce miejskiej jest następująca:

w r. 1920 na 287 przyp. dyfterytu przypada 27,8% śmiertelności
w r. 1928 na 912 przyp. dyfterytu przypada 7.0% śmiertelności
w r. 1929 na 1282 przyp. dyfterytu przypada 6,0% śmiertelności
w r. 1930 na 3247 przyp. dyfterytu przypada 4,7% (około) śmiert.

Spadek śmiertelności wykazuje również i Statystyka szpitalna. W latach 1914—24 r. na 1213 przyp. dławca zanotowano 19% śmiertelności, zaś na 698 przyp. angin dyft. 7,3% śmiertelności. Razem na 1911 przyp. dyfter. zanotowano 15% śmiertelności.

W roku 1930 stosunek ten był następujący:

na 616 przyp. anginy dyft. zmarło	8,6%
na 283 przyp. dławca zmarło	8,1%
na 116 przyp. mieszanych zmarło	11,2%
zatem na 1015 przyp. dyfterytu zmarło	9,7%

Widzimy zatem, że spadek ogólnej śmiertelności na dyfteryt był zupełnie wyraźny i przypisać to należy spadkowi śmiertelności dławca, który w ostatnich latach daje mniejszy odsetek powikłań płucnych. Śmiertelność angin dyfterytycznych zwiększyła się nieznacznie z 7.3% na 8,6%.

Z zestawień powyższych wynika:

1) Ogromne nasilenie się epidemji dyfterytu w r. 1930.

2) Zmniejszenie się śmiertelności na krup przy jednoczesnem nieznacznem zwiększeniu się śmiertelności na anginę.

3) Znaczny wzrost powikłań ze strony układu nerwowego.

4) Wobec późnych powikłań porażennych okres rekonwalescencji po dyfterycie winien wynosić conajmniej 2 miesiące, w ciężkich przypadkach powikłanych nawet dłużej, co ważne ma znaczenie dla lekarzy szkolnych przy wystawianiu świadectw zwolnień z ćwiczeń cielesnych.

5) Surowica Smidta jest w dalszym ciągu jedynym niezem dotąd niezastąpionym lekiem w walce z dyfterytem.

6) Wobec olbrzymiego zwiększenia się epidemji dyfterytu należy szeroko propagować akcję zapobiegawczą (szczepienia) przedewszystkiem w okresie wieku przedszkolnego.

W dyskusji Dr. Wölfle podkreśla trudność postawienia wczesnej i trafnej diagnozy błonicy; szczególnie zbyt pochopne, powierzchowne badanie bakterjologiczne może prowadzić do błędnego rozpoznania błonicy tam, gdzie zachodzi przypadek anginy paciorkowcowej, stąd też wypływa niesłuszny w tych wypadkach wniosek o lekkim przebiegu błonicy". Dr. Wölfle przypuszcza, że między b. Löfflera i paciorkowcami zachodzi pewnego rodzaju symbioza.

Co się tyczy szczepień anatoksyną, to stosują ją również i Niemcy (D. A, F.); statystyka jednak wykazuje, że szczepienia te zmniejszają naogół zachorowalność, lecz nie śmiertelność.

Dr. Szokalski uważa, że dla *nosicieli,* powracających po błonicy do zajęć szkolnych, okres 4-tygodniowej nieobecności jest za krótki; należałoby tutaj odpowiednio zmienić rozporządzenie władz szkolnych i uzgodnić je z przepisami urzędów sanitarnych.

Beskuteczność surowicy w niektórych przypadkach dyfterji nasuwa Dr. Szokalskiemu analogję z podobną bezsilnością surowicy przeciwczerwonkowej; zapewne powód leży tutaj w zmianach anatomicznych wtórnych, zbyt daleko już posuniętych.

Powikłań, jak niedomoga serca, *myasthenia, debilitas,* występujących po błonicy podobnie, jak np. po ostatnio panującej grypie, nie należy sobie lekceważyć; w okresie tych zmian pobłonicznych gimnastyka jest przeciwwskazana.

Szczególnie wysoką śmiertelność na błonicę w r. 1920 tłumaczy Dr. Sz. wyniszczeniem ludności wskutek przejść wojennych.

Dr. Trenkner cytuje 2 przypadki, w których na migdałkach skonstatowano bakterjologicznie obecność bakteryj Plaut-Vincent'a i Löfflera; i w tym wypadku możliwa była symbioza; następnie wspomina o 2 wypadkach upartego nosicielstwa u 2 uczniów w szkole, które ustąpiły dopiero po dłuższym czasie, mimo stosowania pyocjanazy, surowicy lokalnie, protargolu i t. p.

Dr. Cieszyński przypomina, że i na zachodzie zawodzi surowica ostatniemi czasami. Ponieważ nie można przypuścić, aby wina leżała w złej surowicy, przeto trzeba jej szukać w osłabionym witalizmie, w zniewieściałości organizmów.

Odnośnie do powikłań pobłoniczych, prawdopodobniejsze jest, że ich podłożem są raczej zmiany w nerwach, aniżeli w mięśniach; przemawia za tem nagłe zejście, poza tem rozwinięcie się zmian mięśniowych wymaga dłuższego czasu.

Dr. Sokal jest zdania, że nosicielstwa nie należy lekceważyć. W Berlinie obowiązuje przepis, który zabrania nosicielom powracać do szkoły. To samo należałoby zastosować i u nas, lecz tutaj musi lekarz decydować indywidualnie, bo odpowiednie rozporządzenie nie istnieje. Dr. S. zapytuje, kiedy po błonicy mogą powracać dzieci do przedszkoli, gdzie tryb życia stawia duże wymagania wobec serca. Pożądanem byłoby, aby lekarz szkolny był powiadomiony przez lek. prywatnego o każdym ciężkim przebiegu dyfterji u dzieci, któremi się w szkole opiekuje.

Dr. Trenkner zapytuje, czy okres 4 tygodniowej izolacji dziecka przy błonicy jest wystarczający?

Przewodniczący odpowiada, że przepisy izolacyjne, obowiązujące w szkołach będą w swoim czasie przejrzane i w razie potrzeby zmienione.

Obecnie zapytuje prelegentów, czy obserwowali w czasie obecnej epidemji bezład zależny od zapalenia pobłoniczego wielonerwowego *(polyneuritis)* oraz cierpienie oczne, a mianowicie: polyopję jednowzroczną.

Dr. Bogdanowicz odpowiada, że bez względu na to, czy przypadek błonicy był ciężki, czy też lekki, uważa oszczędzanie dziecka pod względem fizycznym za konieczne; dlatego należy dzieci zwalniać od gimnastyki w ciągu 6—8 tygodni i przestrzegać ulg w wysiłku psychicznym.

Dokładna diagnoza błonicy jest jednak przeważnie możliwa, zwłaszcza w epidemji obecnej, rojącej się od przypadków klasycznych.

Powtórnego stosowania surowicy nie uważa Dr. B. za bardzo niebezpieczne; zwykle stosuje się metodę Besredki, zachowując odstępy 8-dniowe; natomiast uważa naogół za wskazane ograniczenie w stosowaniu surowic końskich; w każdym przypadku powinna matka wiedzieć kiedy i ile razy stosowano ją u dziecka, aby w razie potrzeby mogła dać ścisłe informacje.

Prelegent uważa za rzecz niemożliwą, aby uzdrowieńców na cały czas nosicielstwa nie dopuszczać do szkoły, tembardziej, że nosiciele niekoniecznie są zaraźliwi, oczywiście nie odnosi się to do przypadków, gdzie są wyraźne zmiany anatomiczne jak np. przy dyfterji nosa.

Odnośnie do symbiozy, to podobnie jak we wspomnianych przypadkach, tak i w szkarlatynie daje się zauważyć zwiększona podatność błon śluzowych, zmienionych wskutek bakteryj, powodujących katar.

Przy leczeniu porażeń najbardziej wskazanym środkiem jest strychnina.

Szczepienia ochronne przeciwbłonicze mają rację bytu, o ile nadają długotrwającą odporność; przeważnie nie mają rodzice cierpliwości przeprowadzić szczepienia aż do celu ostatecznego t. zn. do chwili, gdy Schick kontrolny okaże się ujemny.

Lokalne leczenie surowicą uważa prelegent za bezcelowe, albowiem toksyny krążą w organizmie i dosięgnąć może je surowica dopiero wtedy, gdy się dostanie do krwiobiegu.

Dr. Wölfle tłumaczy spadek śmiertelności przez zmniejszenie się ilości krupów, w roku zaś 1920 możliwe, że na wzrost śmiertelności pewien wpływ wywarła wojna.

Rozpoznanie błonicy opiera się na danych klinicznych i na badaniu bakterjologicznem — jednak klinice należy się zawsze pierwsze miejsce.

Niedomoga serca jest rzeczywiście spowodowana, jak się zdaje, powinowactwem toksyny do nerwów, na co wskazują duże zmiany w *centrum vagi* przy śmierci nagłej.

Dr. W. jest również tego zdania, że w każdym przypadku błonicy dziecko powinno unikać wysiłków fizycznych przez 8 tygodni; w cięższych przypadkach powinien lekarz prywatny wydać dziecku odpowiednie świadectwo dla orjentacji lekarza szkolnego.

Nosicielstwo jest ciężkie do usunięcia, lecz trudno nie dopuszczać do szkoły nosicieli, u których zarazki błonicy mogą się utrzymywać bardzo długo, nawet do roku.

Porażenie akomodacji spostrzegano w 2 przypadkach, ataksję w kilku cięższych zachorowaniach, natomiast zniesienie odruchów ścięgnistych było bardzo częste.

Protokół zebrania z dnia 19 lutego 1931 r.
Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego zebrania przewodniczący informuje zebranych, iż Ministerstwo wystąpi wkrótce do dyrekcyj szkół średnich z ankietą, w której znajduje się również rubryka higjeny szkolnej i opieki lekarskiej w szkołach. Przewodniczący prosi o staranne wypełnianie tej rubryki.

Wizytator Dr. Mitkiewicz informuje o propozycji byłego dyrektora szkół średnich p. Rydzewskiego przesyłania do posiadłości jego Brok nad Bugiem w miejscowości zdrowotnej grup młodzieży — po 10 osób, które miałyby zapewniony pobyt w warunkach sanatoryjnych. Dojazd do Broku z Łochowa autobusem. Następnie wizytator dr. Mitkiewicz zawiadamia obecnych o akademji przeciwalkoholowej urządzanej przez Towarzystwo „Trzeźwość" w najbliższą niedzielę o godz. 5 po poł. w sali Towarzystwa Higjenicznego. Dr. Mitkiewicz zachęca do wzięcia udziału w akademji, która ma na celu przedstawić szerszym kołom społeczeństwa sprawę obrony istniejącej dotychczas Polskiej Ustawy Przeciwalkoholowej, ustawa ma ulec zasadniczym zmianom, które zdaniem Towarzystwa „Trzeźwość" niekorzystnie odbiłoby się na zwalczaniu alkoholizmu w Polsce.

Pan Inspektor Stanisław Bogdanowicz wygłasza referat na temat *„Przeciążenie w szkole na zasadzie ankiety"*.

W związku z XII międzynarodowym kongresem nauczycielskim, który był poświęcony zagadnieniom przeciążenia młodzieży, Towarzystwo Nauczycieli Szkół Średnich i Wyższych rozesłało w r. ub. ankietę do szkół, skierowaną do młodzieży, mającą na celu wyświetlenie stanu przeciążenia w Polsce.

Ankieta dała około 30.000 odpowiedzi indywidualnych, tj. objęła 156 szkół (82 humanistyczne, 30 klasycznych, 16 matematyczno-przyrodniczych, 28 seminarjów, w tem 84 męskie, 53 żeńskie i 19 szkół koedukacyjnych).

Dane uzyskane z kart indywidualnych, zostały zestawione przez Główny Urząd Statystyczny w Karty Klasowe. Te ostatnie opracowywane są w kierunku uzyskania odpowiedzi na pytania: czem różnią się budżety czasu młodzieży a) uczęszczającej do różnych typów szkół, b) zamieszkującej miasta różnej wielkości, c) różnej płci (dziewcząt i chłopców).

Opracowanie ankiety nie jest ukończone, uzyskane są jedynie częściowe wyniki.

W świetle pierwszych wyników odpowiedzi na zadane pytania zdają się kształtować w sposób następujący:

a) młodzież szkół staroklasycznych posiada korzystniejszy układ czasu od swych kolegów, młodzież zaś szkół humanistycznych najmniej korzystny. (Seminarja obecnie nie zostały uwzględnione). Dla potwierdzenia tej odpowiedzi przytaczamy czas tygodniowy pracy 7 dni (szkolnej, domowej, kształcącej, zarobkowej) w typie klasycznym i humanistycznym.

klasy	klasycy	humaniści
8	62,9	71,5
7	62,0	64,4
6	60,2	61,6
5	59,5	57,3
4	55,9	55,8
	300.5	310.6

Jedynie klasa piąta wykazuje korzystniejszy czas humanistów. Zauważmy, że w V-ej klasie u klasyków przybywa nowy przedmiot — grecki język.

b) budżet czasu młodzieży kształtuje się dla obu płci najkorzystniej w Warszawie; najniekorzystniej dla młodzieży męskiej w miastach średnich, dla dziewcząt miasta małe zdają się raczej posiadać gorszy układ czasu niż średnie (odpowiedź oparta jedynie na wynikach dla 8-ch klas),

c) budżet czasu młodzieży żeńskiej jest korzystniejszy od budżetu młodzieży męskiej. Jako argument przytaczamy odpowiednie czasy pracy (klasa 8-a).

	Chłopcy	Dziewczęta
Warszawa	66,3	63,6
Miasta średnie	71,5	65,6
Miasta małe	67,9	67,4

Kończąc na tem zwięzłe przedstawienie referatu chcemy się usilnie zastrzec przeciwko przecenianiu wyników. Mają one wyraźnie charakter prowizoryczny: o ile dalsze opracowanie ankiety je potwierdzi, o ile (co ważniejsza) dodatkowe badania niezależnie od ankiety je ugruntują. Ankieta i jej wyniki powinny służyć za punkt wyjścia dalszych badań inną metodą prowadzonych (metodą kart czasu). Wartość ankiety polega na tem przedewszystkiem, że przypomina i zachęca do podjęcia badań nad ustaleniem, jaki jest układ czasu młodzieży.

Dr. St. Kopczyński zabierając głos podkreśla jako wielki błąd ankiety, skierowany do młodzieży szkół średnich, rozróżnienie młodzieży pracującej w internatach i w środowisku domowem, zazwyczaj stwierdza się lepiej zorganizowaną pracę ucznia i przygotowanie do lekcji w internacie, niż w domu rodzinnym. Drugim błędem ankiety jest pominięcie wieku, a więc stopnia rozwoju fizjologicznego młodzieży, co ma, jak wiadomo, duże znaczenie dla czynionych przez młodzież wysiłków.

Dr. Korsakówna mówi o ankiecie, którą przeprowadzała na terenie 30 seminarjów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która dała bardzo ciekawe wiadomości o czynnikach, okrawających budżety młodzieży, jak dojazdy z domu do szkoły, niepomyślna atmosfera moralna w domu, ciasnota mieszkań, brak spokoju i ciszy w zamieszkiwanych dzielnicach i domach. Dr. Korsakówna uważa, że w ankiecie powinna figurować rubryka dla odpowiedzi rodziców, którzyby mogli stwierdzić lub sprostować i uzupełnić odpowiedzi dzieci.

Dr. Trenkner uważa za brak ankiety pominięcie środowisk t. j. sfer społecznych, z których dzieci pochodzą, oraz pominięcie, o której godzinie młodzież przystępuje do odrabiania lekcyj, często bowiem młodzież zabiera się do odrabiania lekcyj natychmiast po spożytym obiedzie, co rzecz oczywista wywołuje nadmierne i przedwczesne zmęczenie.

Dr. Niwiński podnosi wartość zainteresowania, jako bodźca budzącego zapał do pracy. Dr. Niw. posuwa się do przypisywania tego zainteresowania systemowi stopni — ocen, zdaniem dr. Niwińskiego młodzież szuka stopni odznak na boiskach sportowych.

Dr. Jan Bogdanowicz stwierdza, że o ile dane ankiety są ścisłe, wykazują one zmniejszenie liczby godzin snu, zwiększenie liczby godzin pracy domowej, co wykazuje, że starania lekarzy szkolnych, dążących do ułatwień w pracy i warunków życia młodzieży, nie osiągają celu.

Dr. Szopelska podnosi, że nauczycielstwo nie interesuje się, czy i o ile młodzież napotyka trudności w przygotowaniu lekcyj i zadanych prac domowych, oraz znaczenie uzdolnień pedagogicznych nauczycielstwa.

Dr. Łapińska przytacza dane ankiety przeprowadzonej przez siebie na terenie gimnazjum Kr. Jadwigi, na które otrzymała przeszło 400 odpowiedzi i wykazuje małą ilość godzin snu.

Dr. Drabczyk przypisuje małą wartość zbierania ankiet dorywczych, gdyż stwierdził rozbieżność odpowiedzi rodziców i ich dzieci, natomiast uważa, że wartościowe odpowiedzi otrzy-

mamy od rodziców na konferencjach ustnych. Dr. Drabczyk żąda układania programów szkolnych przy udziale nauczycieli-praktyków i lekarzy szkolnych.

Prelegent w odpowiedzi streszcza trzy zagadnienia, wyłonione w dyskusji: przyznaje wskazane 1) braki ankiety, 2) przyznaje, że nauczycielstwo jest współwinne przeciążeniu, jednak nauczyciel jest pociągany do odpowiedzialności za niewypełnianie programu i jest sam przeciążony pracą, na skutek czego nadzwyczaj trudną jest indywidualizacja ucznia przez nauczyciela. Następnie prelegent uważa za niewskazany nadmiar imprez rozrywkowych i uroczystości, któremi są szkoły zarzucane, 3) co do metody badania, prelegent zgadza się z Drem Drabczykiem i jest za metodą rosyjskiego Instytutu Pedagogicznego w Moskwie, która uznaje tylko dowolność w uczestniczeniu w ankiecie i powtarzalność ankiety, koniecznem jest również zachowanie anonimowości jej, aby młodzież miała pewność, że odpowiedzi dostaną się do rąk osób, które nie mogą wpłynąć na jej życie szkolne. Prelegent chwali „Chronokarty" rosyjskiego Instytutu, która skłania ucznia do zdawania sobie sprawy z użycia swego czasu.

Sekretarz: *Dr. Jurjewiczówna.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 24. listopada 1930.
Obecnych członków T-wa 24, gości 6.

1) Kol. Puterman demonstruje chorego lat 65 z rozpoznaniem *paralysis agitans sine agitatione* oraz chorego lat 29 z rozpoznaniem *Parkinsonismus metencephaliticus*, przyłaczając szereg objawów właściwych tym sprawom i pokrewnym *(pseudosclerosis, morbus Wilsoni)*, omawia różniczkową diagnostykę, anatomię i fizjologję szarych węzłów podkorowych, których zwyrodnieniu przypisuje się główne objawy tych spraw, jak stężenie mięśni, drżenie, zaburzenia wydzielnicze.

W końcu Kol. Puterman omawia terapję symptomatyczną *(scopolaminum hydrobromicum)* jak i swoistą (jod, arsen, horminę).

Celem bliższego zorjentowania się w różniczkowej diagnostyce Kol. Puterman ułożył tablicę pięciu spraw chorobowych: *Paralysis agitans, Parkinsonismus, Pseudosclerosis, m. Wilsoni, arteriosclerosis senilis.* Tablicę ową Kol. Puterman ofiarował Bibljotece T-wa Lekarskiego.

2) Kol. Ficenes demonstruje 3 preparaty ciąży zewnątrzmacicznej oraz przypadek ostrego zaniku żółtego wątroby.

3) Kol. Ingster: pourazowy niedowład splotu ramieniowego oraz *haemiplegia cruciata.*

4) Kol. Trawiński: pokazuje chłopca 12-letniego u którego założono szew kostny z powodu złamania uda ze znacznem przesunięciem odłamków kostnych. Do szwu użyto jedwabiu grubego, pokazane zdjęcie rentgenowskie wskazuje doskonałe zrośnięcie kości bez najmniejszego przemieszczenia. *Restitutio ad integrum.*

2) Przedstawia chorą, u której dokonano skruszenia dużego kamienia w pęcherzu moczowym zapomocą litotryptora.

Chora gorączkowała wysoko, po usunięciu kamienia i wypłukaniu odłamków ciepłota następnego dnia spadła do normy.

5) Kol. Starkiewicz: wypowiada referat o leczeniu dzieci w kolonji leczniczej dziecięcej im. Józefa Brudzińskiego przy zdroju w Busku na Górce.

Referent zdaje sprawę z 10-letniej działalności kolonij letnich sezonowych na Górce w Busku — Zdroju, przez które przeszło już do 8.000 dzieci, i z 2 i pół letnich poczynań stałego sanatorjum dziecięcego, na 200 łóżeczek obliczonego. Leczenie polegało na wyzyskiwaniu przyrodzonych właściwości Górki (werandowanie, słońcowanie, kąpiele siarczano-słone i inne zabiegi). Dzieci sezonowe pobierały w 90% kurację kąpielową, naogół z wynikiem bardzo dobrym. *Gros* dzieci sezonowych — to dzieci zakażone gruźlicą, na samą gruźlicę pozapłucną (t. zw. chirurgiczną) było co sezon z górą 20% wszystkich dzieci. Kąpano dzieci i z tak ciężkiemi schorzeniami jak t. b. c. kręgów, wielkich stawów i kości i t. p. — z wynikiem wyraźnie lepszym, niż wynik kuracji sezonowej dzieci niekąpanych, co prelegent wykazał w odpowiednich zestawieniach i tablicach z obfitego materjału dziecięcego sezonowego. Stosowano kąpiel mineralną siarczano-słoną o składzie 1% chlorków przeważnie sodu, H_2S i siarczków soli wapiennych, potasowych i jod zawierających. Kurację zdrojowo-kąpielową uważa Dr. Starkiewicz w Busku za umiarkowaną, a nie za silny bodziec leczniczy, we wskazaniach rozleglejszy i dający się stosować u dzieci z mniejszem ryzykiem, niż naświetlanie słońcem czy sztuczne. Czynnik słońca potężny, ale z nim lekarzowi trzeba bardzo umiejętnie się obchodzić, zwłaszcza u dziecka gruźliczego. Z obserwacyj i wniosków (raczej jeszcze wrażeń) nie da się wszystkiego streścić.

Choć mowa dziś ciągle na Górce o dzieciach gruźliczych, dąży się tam do stworzenia z sanatorjum raczej zakładu poliklinicznego, dla dzieci z najróżnorodniejszemi przewlekłemi schorzeniami. Dzieciom tym jako przewlekle chorym, udzielana jest systematyczna nauka w okresie 7-miu klas szkół powszechnych, a przedszkolnym dzieciom gry i zajęcia przedszkolne — powstaje więc uzdrowisko — szkoła, w której także zaprowadzono: koszykarstwo, introligatorstwo, roboty kobiece.

W kolonji rozpoczęto już pewne badania kliniczne, które pójdą głównie po linji współczesnej wiedzy balneologicznej (prof. Gröer) u dzieci z gruźlicą chirurgiczną badania pójdą w kierunku możliwie dokładniejszego określenia rokowania co do stanu i charakteru schorzenia gruźliczego, jako będącego wyrazem schorzenia całego organizmu.

Referat kończy się apelem do lekarzy, aby podjąć raz nareszcie planowe, racjonalne lecznictwo sanatoryjne dziecięce w Polsce.

W dyskusji ożywionej, w której zabierali głos Kol.: Ryder, Ingster, Benzef, Suchodolski, Trawiński, Welfe, Witkowski, Zalc, Bieńkowski, Wołkowicz, Osińiski, poruszono sprawy naświetlania światłem słonecznem i lampami kwarcowemi, leczenie przekrwieniem Biera, stosowanie jodu, oraz sprawę przebywania dzieci na kolonji leczniczej o ile możliwe jak najdłuższego, by efekt końcowy leczniczy był jak najlepszy.

W końcu Kol. Starkiewicz odpowiedział na szereg zapytań dotyczących wewnętrznej organizacji kolonji leczniczej.

Protokół Zebrania z dnia 17. grudnia 1930 r.

1. Odczytanie protokołu z dn. 18. VI., 8. X. 1930 r., które w całości przyjęto.

2. Kol. Bieńkowski przedstawia pacjenta, u którego nastąpiło *zwichnięcie stawu skokowego, z rozerwaniem wskutek urazu torebki stawowej*, gdzie zdawało się, że amputacja konieczna — jednak po zeszyciu torebki i ustaleniu stawu po paru tygodniach nastąpiło prawie całkowite *restitutio ad integrum* z ruchami w stawie.

3. Kol. Witkowski mówi o *zapobiegawczych szczepieniach przeciwgruźliczych* według Calmette-Guérin:

Calmette w swym referacie wygłoszonym na zjeździe przeciwgruźliczym w Oslo, na podstawie z górą 200 tysięcy spostrzeżeń we Francji, licznych spostrzeżeń w Rumunji, Polsce i innych krajach, przychodzi do wniosku, że zapobiegawcze szczepienia przeciwgruźlicze u noworodków metodą Calmette-Guérin'a są w zupełności nieszkodliwe i pozwalają na uratowanie olbrzymiej ilości dzieci (do 93%), które bez tego szczepienia padają ofiarą gruźlicy w ciągu 1-go roku życia. Liczne sekcje anatomo-patologiczne (Hiszpanja), a przedewszystkiem w Polsce dokonane przez Dr. Zeyland-Piaseckich (66 sekcyj) potwierdzają wnioski Calmette'a, że szczepienia te są nieszkodliwe, dla organizmów noworodków — badania rentgenologiczne (Hiszpanja) też potwierdzają te wnioski. Calmette jest zdania, że szczepionki te winne być stosowane wszystkim dzieciom, nietylko pochodzącym od rodzin gruźliczych — tak też są stosowane we Francji i Rumunji.

Szczepienia te można stosować z wynikiem dodatnim i u dorosłych (referat prof. Schell'a w Oslo) — dorośli nie powinni tylko uprzednio reagować na tuberkulinowy odczyn (t. j. winni być wolnymi od zarazka gruźliczego).

W dyskusji Kol. Czarski mówi o stanowisku Niemców, iż mała śmiertelność na gruźlicę (4—10000) nie wskazuje na efektywny wynik szczepień według Calmette'a. Kol. Puterman kładzie nacisk na rolę konstytucji w walce z zarazkiem, zaznaczając możliwość odzyskania złośliwości przez niewinne poniekąd zarazki na odpowiedniej dla ich rozwoju glebie. Niewyjaśniona dotąd katastrofa w Lubece winna być przestrogą przed zbytnią pochopnością stosowania szczepionki B. C. G. W dalszym ciągu Kol. Puterman zaznacza, że pewna ilość niemowląt rodziców gruźliczych przychodzi na świat z wrodzoną już gruźlicą, najczęściej gruczołów dróg oddechowych, w zależności od przesączalnej postaci zarazka gruźliczego, przedostającego się do ustroju niemowlęcego przez łożysko.

W dalszej dyskusji zabierają głos Kol. Kol. Ryder, Zamieński, Wołkowicz, Welfe, Suchodolski i Starzyński.

IV. Kol. Ryder wypowiada referat: Moje wrażenia z Ciechocinka i Inowrocławia, którego dalszy ciąg „Moje wrażenia z wystawy higjenicznej z Drezna wypowie na zebraniu następnem t. j. dn. 21. I. 1931 r.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia w dniu 21. stycznia 1931 r.

1. Kol. H. Kryszek przedstawia 56-letniego chorego *z odmą samoistną*. Odma powstała przed 5 laty; podniósł wtedy chorą matkę i przeniósł ją na łóżko; nie odczuł po tym wysiłku fizycznym żadnego bólu; odmę spostrzeżono przypadkowo przy badaniu chorego z powodu innego schorzenia: chory przez całe pięć lat nie odczuwał żadnych dolegliwości. Ani w wywiadach, ani zapomocą Roentgena, ani przy badaniu fizykalnem nie stwierdzono zmian gruźliczych. Stwierdzono natomiast przewlekły nieżyt oskrzeli, przemieszczenie serca w prawo oraz *Emphysema pulmonum bullosum*, która w tym przypadku była przyczyną odmy samoistnej.

2. Kol. L. Szyfman przedstawił chorego 27-letniego ze *stenosis aortae*. Chory czuł się zawsze dobrze, nie uważał się za chorego; rzadko tylko zdarzały się omdlenia. Przy obmacywaniu w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej wyczuwa się *fremissement;* szmer skurczowy najlepiej słyszalny w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej; drugi ton w tem miejscu słabo słyszalny. Roentgen potwierdził rozpoznanie.

W dyskusji zabierał głos kol. Bender.

3. Kol. Józef Kon wygłosił odczyt pod tytułem: *„Nowe zdobycze nauki o krzywicy"* (praca ukaże się w druku).

Dyskusja: Kol. Mogilnicki nie zgadza się z poglądem prelegenta; krzywica nie jest chorobą rosnącego organizmu; przemawia za tem to, że organizm rośnie długo, a krzywica bywa u dzieci do 2-ch lat; rzadko zjawia się w pierwszych miesiącach, najczęściej po 6 miesiącach życia, kiedy mamy wzrost wolniejszy; zwierzęta wolnorosnące nie mają krzywicy; krzywica nie jest również awitaminozą; witamina D i naświetlania nie zawsze pomagają; należy zmienić istnienie konstytucyjnego usposobienia do krzywicy u dzieci. Działanie słońca musi być inne, niż działanie promieni pozafiołkowych. Dziecko, które bywa na powietrzu z twarzą odkrytą, rzadziej zapada na krzywicę. Promienie pozafiołkowe i ergosteryna są tylko namiastką słońca.

Kol. Frenklowa. Aczkolwiek krzywica jest chorobą rosnącego organizmu, jednakże krzywica powstaje i u starszych dzieci, tak zwana *rachitis tarda*. Przy zahamowaniu wzrostu dzieci nie spotyka się krzywicy. Pfaundler nazywa krzywicę skazą konstytucyjną degeneracyjną. Leczenie krzywicy zapomocą naświetlania i ergosteryny należy uważać za największe zdobycze lecznictwa. Ważniejszym jednak problematem, niż leczenie, jest profilaktyka krzywicy. Wyleczyć krzywicę można prawie zawsze, nie zmieniając nawet warunków życia dzieci krzywiczych. Dawki zapobiegawcze tranu są zbyt małe: działanie tranu jest 500 razy słabsze niż wigantolu.

Kol. Gliksman zapytuje, czy zmiany w tkance kostnej u dzieci rachitycznych po leczeniu ulegają poprawie. Wspomina o naświetlanem mleku sproszkowanem, które z dobrym skutkiem stosuje się we Francji.

Kol. Kocen zapytuje, jak przedstawia się obraz krwi w krzywicy i jak wpływa naświetlanie na obraz morfologiczny krwi u krzywiczych.

Kol. Praszkier uważa że niema dowodów na to, iż krzywica nie jest awitaminozą.

W odpowiedzi kol. Kon podkreśla, że nieznа zwierząt wolnorosnących; zgadza się, że rzadko dzieci miewają krzywicę przed 3 miesiącami życia; *craniotabes* może być znakiem ostrzegawczym, że dany ustrój jest usposobiony do krzywicy. Podczas wojny widziano częściej *rachitis tarda*. Osteomalacja jest chorobą identyczną; występuje u dorosłych; zmiany w kościach są inne, ustrój już nie rośnie. *Osteodistrophia cystica* — podług Recklinghausena — zjawia się na tle krzywicy. Nawroty krzywicy mogą się zjawiać; należy o tem pamiętać i w celu tym stosować profilaktykę. Wyjątkowo tylko widzi się jednak krzywicę u dzieci atroficznych: gdy atroficzne dziecko szybko rośnie, to grozi mu krzywica; przedawkowania przy krzywicy, przy dawkach zwykłych, nie widywał. Przy gojeniu się sprawy krzywiczej powstają nowe warstwy chrząstki — te wapnieją prawidłowo; w starszych zaś chrząstkach wapnienie powstaje inaczej w zależności od czasu rozpoczęcia leczenia. Obraz krwi w krzywicy nie przedstawia nic charakterystycznego. Naświetlania pozafiołkowe wpływają na przesunięcie w stronę alkalozy. Nie widzi żadnej analogji pomiędzy zależnością cukrzycy od trzustki i krzywicy od awitaminozy.

Protokół posiedzenia z dnia 28 stycznia 1931 r.

Kol. Itelson przedstawia *przypadek cukrzycy w młodym wieku z tolerancją* 120 g węglowodanów bez uciekania się do insuliny 18-letnia chora, u której po silnym wstrząsie nerwowym wystąpiła cukrzyca w ilości 7% z dużą ilością acetonu. Wiek chorej, ilość cukru, aceton kazały przypuszczać, że przypadek zaliczać się będzie do cięższych, jednak chorą odcukrzono w krótkim czasie tylko zapomocą diety. W ciągu roku chorej przybyło 5 kg na wadze. Chora nie miała dotychczas jeszcze pomimo 18 lat *menses*. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu: 1) na moment psychiczny przy powstaniu, 2) na łagodny przebieg i 3) efekt leczniczy tylko zapomocą diety, bez insuliny.

2. Kol. Itelson przedstawia 24-letnią chorą, u której przed 4 laty wystąpiły na twarzy brunatne plamy; plamy te od pół roku w znacznym stopniu nasilają się. Chora czuje się coraz słabszą i jest niezdolną do pracy. W okolicy szczęki górnej i w okolicy skroniowej *symetryczne chloazmata*. Parcie krwi u chorej maksymalne 105. Krzywa adrenalinowa — 105 — 110 — 100; we krwi stwierdzono limfocytozę. We krwi naczczo cukru 0,8 g w litrze; po podaniu 25,0 glukozy cukru we krwi po ½ godzinie 1,13, po godzinie 0,95; po trzech dniach 0,82 naczczo. Stwierdzono upośledzenie układu współczulnego. Krzywa adrenalinowa typu wagotonicznego. Chora czuje się lepiej po zażywaniu *calcii chlorati*. Schorzenie kol. Itelson uważa za należące do grupy schorzeń Adisson'a, za niedomogę układu współczulnego.

3. Kol. Dawidowicz M. przedstawia 40-letnią chorą; troje dzieci zmarło w wieku do 3-ch lat. Przed 8 laty usunięto macicę z powodu guza. Przed operacją zauważono plamy na twarzy, które znikły po operacji, a obecnie znów wystąpiły; chora użala się na osłabienie i uderzenia do głowy. Parcie krwi $\frac{140}{80}$ przy tętnie 80. *Tonsillitis chronica;* 5.000.000 krwinek czerwonych, białych 7.000, obojętnochłonnych 59%, limfocytów 32; serce aortalne. Przy próbie adrenalinowej ciśnienie utrzymuje się takie same; przy próbie z pituitryną i hipofizyną nie podniosło się. Stwierdzono — niewydolność układu współczulnego; wysokie ciśnienie tłumaczy się *nadczynnością nadnerczy* w okresie początkowym schorzenia. Schorzenie to kol. Dawidowicz zalicza do schorzeń grupy Adissona.

W dyskusji nad pokazami zabierali głos kol. Praszkier, Kryszek, Dynin i Tenenbaum.

4. Kol. Koliński wygłasza dłuższe przemówienie poświęcone pamięci ś. p. kol. Adama Grosglika.

5. Kol. Itelson J. wygłosił odczyt pod tytułem: *„Cukrzyca wśród mas pracujących"* (rzecz ukaże się w druku).

Praca zaczerpnięta z materjału ambulatoryjnego Łódzkiej Kasy Chorych; opiera się na 5-letniej obserwacji stałej 60 chorych na cukrzycę wieku młodego i 142 chorych wieku podeszłego. Przychodzi do wniosków następujących: 1) Cukrzyca wśród proletarjatu jest cierpieniem dość częstem, bodaj nie w mniejszym stopniu, niż u sfer dobrze usytuowanych. 2) Dziedziczność, zakażenie kiłowe, warunki odżywiania nie stanowią czynników zasadniczych w patogenezie cukrzycy. 3) Cierpienia wątroby i pęcherzyka żółciowego wysuwają się na plan pierwszy w zagadnieniu patogenezy cukrzycy. 4) Wyniki leczenia chorych na cukrzycę wieku młodego są naogół dobre. Chorzy owi są zdolni do pracy, przybierają na wadze, nie zapadają często na choroby infekcyjne. Podkreśla, iż w 42% chorych na cukrzycę wieku młodego stosowano leczenie tylko dietetyczne i to z wynikiem dobrym. Ci chorzy zaś, którzy pobierają insulinę, zazwyczaj robią sobie zastrzyki sami, co umożliwia chorym spożywanie posiłku o dogodnej porze i nie odrywa ich od warsztatów pracy.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Szyfman, Mittelstaedt, Jelenkiewicz, Kantor, Gliksman, Tenenbaum i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 4 lutego 1931 r.

I. Kol. Thorn-Kronenbergowa przedstawiła 20-letnią chorą *z situs viscerum inversus*. Poza tą anomalją chora cierpi na gruźlicę płuc posuniętą.

2. Kol. Schweig przedstawił 7-letniego chłopca *z wrodzoną anomalją oka prawego*. Od wczesnego dzieciństwa zauważono u dziecka, że podczas żucia porusza prawą gałką oczną i prawą powieką; dzieje się to najprawdopodobniej wskutek anastomozy nerwu okoruchowego z gałązkami nerwu twarzowego.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. Garliński i kol. Frenkiel.

3. Kol. Szyfman przedstawił 22-letniego chorego, u którego przed rokiem wystąpił krwiomocz; po roku krwiomocz wystąpił powtórnie; nigdy nie miał napadów bólów. Roentgen wykrył *kolosalny kamień*, który wypełnił całą miedniczkę; poza tem na obwodzie było kilka drobnych kamyczków. Rentgenogram można zmieszać tylko z odlewami wapniowemi przy gruźlicy nerki.

4. Kol. Szyfman przedstawia dwie chore: 23-letnią i 25-letnią ze Szpitala im. Poznańskich z *trombopenją samoistną;* u jednej dokonano splenektomję przed 8 laty; u drugiej przed 6 laty. Obie czują się dobrze dotychczas, z ośmiu operowanych przypadków sześć ma się dobrze; jedna chora zmarła w 3 godziny po operacji; druga chora niedawno operowana zmarła w 28 godzin po operacji; stwierdzono brak objawów regeneracyjnych — czyli wyczerpanie tej zdolności; operacja dokonana była zapóźno.

5. Kol. M. Kocen i kol. L. Szyfman wygłosili odczyt pod tytułem: *„Z kazuistyki chorób krwi. Agranulocytoza, odczyn limfatyczny, gorączka gruczołowa"*.

Część teoretyczną wygłosił kol. Kocen. Kol. Szyfman omówił trzy przypadki spostrzegane powyższych schorzeń. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 12, z 22 marca 1931).

W dyskusji zabierali głos kol. Lajchter, Itelson, Sadokierski, Załęski, Dynin, Herszfinkiel i prelegenci.

Protokół posiedzenia z dnia 18. lutego 1931 r.

I. Kol. Justman przedstawił przypadek *porażenia nerwu twarzowego pochodzenia obwodowego.*

W dyskusji nad pokazem zabierali głos koledzy Żebrowski, Klozenberg, Ściesiński, Załęski i Frenkiel.

II. Kol. Dzierżyński wygłosił odczyt pod tytułem: *„Schemat czynności jąder ruchowych ze stanowiska filogenetycznego"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji — kol. Klozenberg podkreśla, że tezy prelegenta mają odpowiedniki w człowieku. Małe dziecko jest stworzeniem pallato - talamicznem, później dopiero rozwijają się u niego ośrodki hamujące. Kol. Frenkiel: do obszernego i wyczerpującego odczytu prelegenta trudno coś dodać. Zapytuje o kilka szczegółów. W schematach nie jest uwidoczniona droga, łącząca wzgórze *(Thalamus) z archistriatum.* Droga taka jednakże istnieje. Komórka rdzeniowa w rogu przednim otrzymuje zawsze w rezultacie dwojakie podrażnienie: drogą piramidową i drogą pozapiramidową *(fasciculus Monakopi).* Prelegent mówiąc o zespołach odmóżdżeniowych wspomniał tylko o nowotworach różnej lokalizacji. Zespoły te kol. Frenkiel widywał w gruźlicy mózgu i opon, a także w sprawach zwyrodnieniowych. Zapytuje wreszcie, jak się ustosunkowuje prelegent do pojęcia *neurobiotaxis* i do sprawy wedrowania jąder ruchowych w onto- i filogenetycznym rozwoju. Proponuje, aby prelegent w odpowiedzi obszerniej omówił odruchy Magnusa, o których dotychczas w Towarzystwie Lekarskiem nie mówiono.

Protokół posiedzenia z dnia 25. lutego 1931 r.

I. Kol. Sonnenberg demonstrował cztery przypadki:

1. Nietypowy *przypadek choroby Recklinghausen'a:* 24-letniego mężczyznę ze znamionami barwikowemi i cechami upośledzenia umysłowego. Jest to *„cas fruste"*. Należy do przypadków rzadszych.

2. 26-letniego mężczyznę ze *zgorzelą napletka.* Na trzeci dzień po przybyciu do szpitala powstała linja demarkacyjna — poczem napletek zaczął się oddzielać. Na fotografji, którą kol. Sonnenberg przedstawia, jest uchwycona chwila oddzielania się napletka: napletek w postaci wiszącego płata skóry. Badanie bakterjologiczne, dokonane przez kol. Załęskiego, swoistego zarazka zgorzeli nie stwierdziło.

3. Przedstawił 55-letniego syfilityka, który przybył po raz pierwszy do szpitala św. Aleksandra przed 2 laty *z osutką w postaci erytrodermji* całej powierzchni skóry. Stan chorego był wówczas bardzo ciężki. Po 6 jednak tygodniach chory opuścił szpital w stanie zupełnie dobrym — stan skóry był normalny. W styczniu r. b., a zatem po 2 latach, chory znów przybył do szpitala. Z uwagi na ciężkie przed dwoma laty przejścia po salwarsanie przystąpiono do wypróbowania salwarsanu bardzo ostrożnie. Zastosowano bardzo małą dawkę (0,15), ale już i tej dawki było dosyć, aby wywołać nazajutrz ogólne zaczerwienienie oraz nieznośne swędzenie całej powierzchni skóry. Objawy na skórze z każdą godziną ulegały nasileniu i już po 2 dniach wystąpiło ogólne zaczerwienienie, obrzęk i łuszczenie się skóry, słowem — obraz erytrodermji na tym samym, co przed dwoma laty terenie, w stopniu tylko nieco słabszym. Rzecz prosta — stosowanie salwarsanu zostało przerwane. Ograniczyło się ono do tego jednego tylko zastrzyknięcia. Po zastosowaniu odpowiednich zabiegów stan na skórze zaczął się poprawiać i po 3 tygodniach osutka ustąpiła zupełnie. Ponieważ o leczeniu salwarsanem nie można już było myśleć, postanowiono przeprowadzić leczenie wyłącznie bizmutem. Na drugi jednak dzień po zastrzyknięciu bizmutu wystąpiło u chorego na tych samych miejscach mocne swędzenie, a w ciągu następnych dni kilku — rozwinęła się osutka tego samego typu, dziś już ustępująca. Mamy tu do czynienia *ze stanem uczulenia,* które powstało przed 2 laty pod wpływem salwarsanu i klinicznie przejawiło się już wówczas w postaci erytrodermji. To uczulenie przetrwało aż do chwili obecnej, czego dowodem jest obecne powtórzenie się wykwitów tego samego typu i na tym samym terenie jeszcze 2 razy: po zastosowaniu salwarsanu i po zastosowaniu bizmutu. A więc zarówno salwarsan, jak i bizmut w obecnym stanie uczulenia odegrały rolę czynnika wyzwalającego. Uczulenie więc nie jest tu swoiste: chory jest tu uczulony i na salwarsan i na bizmut, a być może nawet, że uczulenie jest tu wielorakie, o czem będzie można się przekonać, kiedy po przejściu zaburzeń obecnych, zastosuje się leczenie rtęcią.

4. Przedstawił 56-letniego mężczyznę, dotkniętego od najmłodszych lat *wilkiem pospolitym* na policzkach, na nosie, czole, muszlach uszu, wardze górnej i okolicy podżuchwowej. Pomimo wielokrotnego leczenia maściami żrącemi, wyłyżeczkowaniami, lampą kwarcową, promieniami Roentgen'a — choroba w ciągu długich lat trwania zrobiła znaczne spustoszenia: zniszczyła nozdrza, części muszli, spowodowała wywinięcie dolnych powiek na zewnątrz. W chwili przybycia chorego do szpitala, jak o tem świadczy dokonane wówczas zdjęcie fotograficzne, policzki, muszle uszu, nos, podbródek, warga górna — pokryte były licznemi owrzodzeniami, a w miejscach zabliźnionych tworzyły się nowe owrzodzenia. Kol. Sonnenberg zastosował u chorego *metodę leczenia Dra Jaczewskiego* (z Lublina), która stanowi modyfikację metody Filikowa. Jeśli porównać stan chorego w chwili przybycia do szpitala, zaznaczony na zdjęciu fotograficznem, ze stanem obecnym, widzimy kolosalną różnicę; owrzodzenia znikły, nacieczenia się wessały, powstały piękne, gładkie blizny. Czy trwałe? Dziś, po kilku tygodniach leczenia, powiedzieć nie możemy, zresztą chory kuracji jeszcze nie ukończył — leczy się w dalszym ciągu. Kol. Sonnenberg omówił w głównych zarysach samą metodę leczenia. Stosuje ją on już w Szpitalu św. Aleksandra od 2 lat i z wyniku stosowania tej metody jest bardzo zadowolony. W Polskiem Towarzystwie Dermatologicznem (Oddział Łódź) demonstrował kol. Sonnenberg już szereg osób, dotkniętych toczniem a leczonych metodą Jaczewskiego. (Streszczenia własne).

W dyskusji kol. Fischer zapytuje, czy prelegent nie próbował stosować przy leczeniu tocznia diety Gerson'a. Kol. Sonnenberg w odpowiedzi zaznacza, że dietę te stosuje obecnie; wyniki będą w przyszłości omawiane.

II. Kol. Jelenkiewicz wygłosił odczyt pod tytułem: *„Z zagadnień medycyny kasowej"*.

Po krótkiem omówieniu idei ubezpieczeń społecznych wogóle, a K. Ch. w szczególności, prelegent porusza trzy zagadnienia: 1) organizację Kas chorych; 2) medycynę kasową z punktu widzenia medycyny społecznej; 3) system udzielania pomocy lekarskiej — wolny wybór, czy system ambulatoryjny.

Prelegent omawia cały szereg zagadnień natury zasadniczej, które wyłoniły się przy wydaniu dekretu z r. 1919. jak również przy uchwaleniu ustawy sejmowej z dn. 19. V. 1920. 1) ubezpieczenie dobrowolne czy przymusowe, 2) terytorjalność organizacji, 3) niedopuszczalność t. zw. instytucyj zastępczych, 4) zakres ubezpieczonych i zakres uprawnionych do świadczeń, 5) udział gminy w udostępnieniu za $^1/_2$ kosztów korzystania ze szpitali publicznych, 6) składki i zasiłki pieniężne, 7) samorządność K. ch. — podział funkcyj i działalności: ubezpieczeni, pracodawcy i Państwo. Dalej prelegent porównuje K. ch. Rzplitej Polskiej z K. Ch. innego państwa odrodzonego po wojnie światowej — Jugosławją. Omawia szczegółowo organizację K. ch. Czechosłowacji i Austrji zatrzymując się czas dłuższy na organizacji K. Ch. m. Wiednia. Przy omawianiu K. Ch. niemieckich, omawia rozporządzenie z dn. 26. lipca r. 1930, wypowiada się przeciwko przesunięciu części ryzyka na samych ubezpieczonych (przeciwko opłacie za kartę lekarską i części kosztów lekarstwa), przytaczając różne motywy. Dalej opisuje szereg walk i strajków, które poprzedziły wprowadzenie w życie instytucji ubezpieczeń społecznych we Francji, porównuje różne punkty ustawy tej najmłodszej Kasy europejskiej z innemi Kasami. Prelegent omawia szczegółowo organizację i lecznictwo K. ch. angielskich.

Opierając się na danych z Międzynarodowego Zjazdu K. Ch. z końca r. 1929 i danych M. B. P. z roku 1930, prelegent stwierdza, iż daje się zauważyć tendencja ku zastąpieniu świadczeń pieniężnych rzeczowemi, ku rozbudowie świadczeń, w szczególności lekarskich, ku uprzystępnieniu tych ostatnich również i członkom rodziny ubezpieczonych i wreszcie podkreślenie działalności zapobiegawczej. Prelegent omawia medycynę kasową pod kątem widzenia medycyny społecznej, omawia znaczenie łatwego dostępu ubezpieczonego do lekarza, znaczenie statystyki chorób prowadzonych przez K. Ch., omawia poznawanie chorób społecznych i ich znaczenie, omawia wpływy socjalne na powstawanie chorób i znaczenie chorób dla ogólnego położenia socjalnego. Dalej pre-

legent analizuje zespół warunków chorobowych *(Bedingungkomplex)* według Fotzka i uwzględnia w tym zespole cztery główne punkty: 1) czynniki specyficzne, 2) konstytucja indywidualna, 3) akcesorja, 4) faktory socjalne. Omawiając książkę Dicka „Ubezpieczenia społeczne a zdrowie ludności" — prelegent nie zgadza się z wywodami autora.

Prelegent uważa, że K. Ch. dotychczas przeważnie leczyły, zbyt mało natomiast uwzględniały najistotniejsze zadania socjalno-ubezpieczeniowe, jak najracjonalniej zapobiegać zachorowaniom. W tym kierunku winna pójść przebudowa działalności Kas chorych. Prelegent omawia organizację i zadania „związków celowych". Omawia współdziałanie w dziedzinie higjeny społecznej organizacyj ubezpieczeń społecznych z instytucjami opieki społecznej, samorządu terytorjalnego i instytucyj państwowych. Podczas choroby ubezpieczonego, należy roztoczyć również opiekę nad jego rodziną i otoczeniem i chronić ich przed zachorowaniem. Przedmiotem opieki w ten sposób stanie się nie jednostka lecz ogół. Należy w K. Ch. stworzyć taki system organizacji i lecznictwa, który zbliżyłby lekarza do chorego, należy stworzyć szereg instytucyj profilaktycznych. Dalej prelegent omawia rozbudowę szpitalnictwa i znaczenie szpitala dla chorego, otoczenia i rodziny. Prelegent omawia cele akcji profilaktycznej i zgadza się, iż celem tym powinno być sięgnięcie do źródła, to znaczy do środowiska rodzinnego.

Prelegent omawia stosunki między lekarzami a K. Ch., omawia również znaczenie wprowadzenia K. Ch. dla stanu lekarskiego, omawia w ogólnych zarysach walki w kierunku racjonalizacji pracy lekarskiej ,warunków pracy i płacy. Przytaczając różne dane przemawiające za wolnym wyborem lekarza i za systemem ambulatoryjnym wypowiada się za utrzymaniem w tej chwili ambulatoryjnego systemu lecznictwa.

Omawiając stanowisko lekarza wobec medycyny społecznej, prelegent przytacza cytatę z referatu Dra Wroczyńskiego: „Z tem hasłem muszą iść przez życie młode pokolenia lekarzy, a to jest jedyna droga, aby spełnić obowiązki lekarza-obywatela i zapewnić zawodowi lekarskiemu stanowisko wielkiej wartości społecznej":

W dyskusji: kol. J. Kon zapytuje, jak przedstawia się w ustawach innych państw sprawa czasu od chwili ubezpieczenia do chwili kiedy ubezpieczony otrzymuje prawo korzystania ze świadczeń Kasy.

Kol. Nestor Goldblum zapytuje, jak przedstawia się we Francji sprawa ubezpieczeń społecznych z jednej strony a system leczenia indywidualnego z drugiej strony; jak można pogodzić te dwa systemy.

Kol. Kryszek uważa, że sprawa wolnego wyboru lekarza, skoro została poruszona w Towarzystwie Lekarskiem, wymagałaby bardziej szczegółowego i wielostronnego omówienia.

Kol. Jelenkiewicz w odpowiedzi podkreśla, że czas kiedy chory ma prawo korzystać ze świadczeń jest długi na Węgrzech, w Anglji natomiast korzysta od czwartego dnia choroby. W Alzacji obowiązuje system niemiecki. Sprawa wprowadzenia wolnego wyboru w chwili obecnej nie wydaje się prelegentowi możliwą do przeprowadzenia. W praktyce osobiście widział brak potrzeby wolnego wyboru lekarza.

Protokół posiedzenia z dnia 4 marca 1931.

1. Kol. J. Polak wygłosił odczyt: *„O tak zwanym reumatyzmie"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: kol. J. Kon ma zastrzeżenie co do klasyfikacji ułożonej przez „Międzynarodową Ligę do Walki z Reumatyzmem". Opuszczono tam zapalenie wsierdzia; klasyfikacja obejmuje natomiast rumień guzkowaty i pląsawicę. Rumień guzkowaty zaliczyć należy raczej do schorzeń gruźliczych niż do reumatycznych. Pląsawica uważana jest za schorzenie reumatyczne, spotyka się jednak przy innych schorzeniach zakaźnych .

Kol. Dutkiewicz zwraca uwagę na to, że prelegent nie wspominał o zapaleniach stawów rzeżączkowych.

Kol. Szereszewska zapytuje, jak przedstawia się obraz krwi przy reumatyzmie.

Kol. Gliksman. Do wspomnianej przez prelegenta różnej etjologji reumatyzmu: po klimacie, zakażeniu, konstytucji, zwyrodnieniu, intoksykacji — mówi jeszcze trochę o awitaminozie. Prelegent mało mówił o allergji; nie wspominał nic o hormonach, np. o roli gruczołu przytarczycowego, nie wspominał o roli dziedziczności, nie mówił o etjologji gośćca niekształcającego.

Kol. Sadokierski zwraca uwagę na to, że prelegent nic mówił nic o roli schorzeń zębów i migdałków przy powstaniu gośćca.

Kol. Kryszek uważa, że pod cierpieniem reumatycznem kryje się dużo schorzeń; wspomina o guzkach Aschoffa-Browicza znajdywanych przy gośćcu oraz w sercu zmarłych chorych na pląsawicę. Tonsilektomja byłaby bezcelowa, gdyby gościec był schorzeniem allergicznem.

W odpowiedzi kol. Polak zaznacza, ze nie mógł mówić o wszystkiem w przeciągu jednego wieczoru. Klasyfikacja stworzona została dla celów statystycznych. Zarząd Ligi zdawał sobie sprawę z błędów. Rumień guzkowaty czasami występuje w przebiegu gośćca; zmian gruźliczych w tych przypadkach nie stwierdzano. Zapalenie stawów gonokokowe należałoby zaliczyć do reumatoidalnych. W ostrym gośćcu we krwi znajduje się leukocytozę, w przewlekłym we krwi brak zmian. Robione były próby ze szczepieniami wyciągów z pleśni. Zdania amerykańskich lekarzy o roli chorób jamy ustnej dla powstawania gośćca są przesadzone. Nie zawsze osiągano efekt leczniczy po usunięciu chorych zębów; w klinikach berlińskich wyjątkowo tylko stwierdzono zmiany w miazdze zębowej.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

„Front cukrowy". Wspólna akcja rządu i społeczeństwa. Do redakcji nadesłano wielki rulon: rozwinięty — zajaśniał różnobarwną gamą afiszów, tablic, broszur. To — akcja rządu i organizacyj społecznych w dziedzinie podniesienia konsumpcji cukru. Jest to pierwsza tego rodzaju akcja w Polsce — akcja zdrowego patryjotyzmu gospodarczego, patryjotyzmu Niepodległego Państwa, patryjotyzmu narodu — gospodarza. W sposób przedziwny zostały związane wszystkie nici i od rządu i od pracy społecznej. A więc Min. Skarbu obwieszcza, że każdy obywatel, wskazujący handlarza sacharyną otrzyma 25 zł, a sklep handlujący sacharyną — 75 zł. jako nagrodę. 200.000 ogromnych obwieszczeń urzędowych pokrywa kraj. Wielkie sumy zostają zdeponowane po Urzędach Skarbowych, by każde konkretne zwrócenie się do pierwszego z brzegu policjanta, niezwłocznie wynagradzane było doraźnem wypłaceniem nagrody. Równocześnie 217.000 barwnych plakatów pendzla Norblina, Mackiewicza, Byliny i innych pokrywa kraj. 30.000 szkół otrzymuje tablice wielobarwne, zatwierdzone jako pomoc naukowa przez Ministerstwo Oświaty. Nauczycielstwo szkół powszechnych, wśród których konkurs na pogadankę o cukrze przeprowadziły właśnie ze wspaniałym wynikiem stowarzyszenia naucz. szk. powsz. (427 prac), zostaje wezwane do nowego konkursu — na ćwiczenie o cukrze pośród dwuch miljonów dzieci, które otrzymają liczne i wspaniałe nagrody. Nauczycielstwo szkół powszechnych otrzymuje jako pomoc, prócz tablic i plakatów, 300.000 broszur ilustrowanych trójbarwnym wklęsłodrukiem. Czyż, choćby przy tej jednej pomocy — nauczycielstwa — można wątpić na chwilę, że akcja Ministerstwa Skarbu, Spraw Wewnętrznych i Oświaty — znajdzie wielkie echo? Delatorstwo? Nagrody za donosicielstwo? Może takie refleksje błąkać się będą u naszych pięknoduchów, nieuświadomionych, ani mocy, ani nasilenia akcji. Akcję tę bowiem na rok już przed inicjatywą rządu (w którym pierwszą inicjatywę podjął Departament Zdrowia, ogłaszający krucjatę sacharynie) wszczęły organizacje społeczne. Toć przecie Związek Polskich Związków Sportowych przeprowadził szereg ankiet i gruntownych badań — wpływu cukru na wyczyny sportowe. Niema w kraju wybitniejszego sportowca, któryby się nie wypowiedział w tej mierze. A może i tu dopatrzymy się zawodowstwa? Toć przecie, na rozkaz Komendy Naczelnej Harcerstwa, ruszyły zeszłego lata na kraj drużyny harcerskie z propagandą konsumcji cukru: niektóre z nich miały po 50 wsi opracowanych propagandowo; inne urządzały szeregi przedstawień, pochodów kostjumowych; jedna przeszła 408 km. dając w każdej napotkanej osadzie przedstawienie ukostjumowane? Może tu dopatrzymy się płatnej reklamy? Cóż mówić o tych setkach przetwórstwa i propagandy cukru, które podejmują nasze organizacje kobiece, o ankiecie o spożyciu cukru, którą wszczął związek administracji gminnej, o konkursie na prace o racjach cukru w wojsku, który sobie rozpisali lekarze wojskowi, o wielkim konkursie na rezultaty celowego afiszowania i walki z sacharyną, który od szeregu numerów prowadzi „Na Posterunku" — organ policji, albo „Czaty" — organ Straży Granicznej. Cóż o tem wszystkiem mówić, kiedy nawet w społeczeństwie żydowskiem, mniej podatnem na ogólne społeczno-państwowe hasła, wielkie poruszenie wzbudził „konkurs matek" zorganizowany przez pismo „Das Kind" — mający jako temat — najracjonalniejsze żywienie dzieci cukrem. Tak — to nie donosicielstwo, to nie zawodowstwo, to nie reklama. To wielka dziedzina społecznego zainteresowania, które doszło do

tak dużego napięcia, że Biuro Propagandy Konsumcji Cukru otrzymało z górą 40.000 listów z projektami propagandowemi. To, jakby powiedzieli kiepskiego gatunku ironiści „moda na cukier", nie będąca niczem innem, jak wielkiem dążeniem masy społecznej ludzkiej do coraz celowszego układania życia: celowszych budżetów domowych, higjenicznego odżywiania się, podniesienia skali życia przy zrównoważeniu jego kosztów. A państwowo — uzdrowienie budżetu, bilansu handlowego, gospodarstw rolnych, bezrobocia. Szczęśliwie się też stało, że obu rodzajów pobudki równocześnie podały sobie ręce: Wszyscy na „front cukrowy".

Odezwa. W czerwcu b. r. upływa rok od śmierci wielkiego uczonego i pedagoga, prawdziwego przyjaciela młodzieży i ludzi cierpiących ś. p. Prof. Dr. Med. Edwarda Żebrowskiego, Dyrektora I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego. Asystenci tejże Kliniki celem uczczenia Świetlanej pamięci Swego Szefa postanowili drogą dobrowolnych składek zebrać fundusz wieczysty Jego imienia. Odsetki od tego funduszu przeznaczone będą na stypendjum dla jednego lub kilku hospitantów I Kliniki Wewnętrznej Uniw. Warsz. Opiekę nad funduszem przyjęła na siebie Komisja Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz. Zwracamy się do wszystkich, którym pamięć ś. p. Prof. Żebrowskiego jest droga i którym na sercu leży dobro nauki polskiej i kształcenie młodzieży z gorącą prośbą o poparcie naszej sprawy. Wszelkie datki prosimy składać na konto czekowe P. K. O. 26020. Komisja Tymczasowa: Dr. E. Bratkowski, Dr. J. W. Grott, Dr. R. Kalinowski, Dr. A. Rytel. — Komisja Prof. Wydz. Lek. U. W.: J. Modrakowski, R. Nitsch, L. Paszkiewicz.

XXVI Zjazd Association des Anatomistes, wspólnie z III-cim Zjazdem Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego odbędzie się w Warszawie w czasie od 3 do 7 sierpnia 1931 r.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 23 czerwca 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1. E. Bratkowski. Z kazuistyki nowotworów serca. 2. St. Sterling-Okuniewski. Próby leczenia niektórych spraw zakaźnych emanacją radową. 3. St. Zajdenbajtel. Fizjologja i patologja nadnerczy ze szczególnem uwzględnieniem choroby Addisona.

Sprzedaż substancyj i przetworów odurzających w Warszawie. Komisarjat Rządu m. st. Warszawy, Okólnikiem swym z dnia 18 kwietnia b. r. (Nr. Z. F. II — 7/15), wystosowanym do właścicieli i zarządzających aptek w Warszawie — na podstawie Rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dn. 20 maja 1929 r. (Dz. U. R. P. Nr. 48. poz. 402) o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających — zarządził: „1. Narkotyki, oraz tabletki, zastrzyki i specyfiki, zawierające narkotyki, winny być przechowywane oddzielnie od innych preparatów, w specjalnie na ten cel przeznaczonej szafie, zaopatrzonej w dobry zamek i napis „narcotica". 2. Szafa winna być stale zamknięta, a klucz od niej znajdować się winien jedynie w rękach zarządzającego apteki lub jego zastępcy. 3. Lekarstwa, zawierające narkotyki, mogą być wydane tylko wówczas, jeśli zarządzający lub jego zastępca będą mieli zupełną pewność, że recepta lekarza, ordynującego narkotyk, jest autentyczna; wrazie nasuwających się najmniejszych wątpliwości, należy porozumieć się przed wydaniem narkotyku z odnośnym lekarzem lub w godzinach urzędowych z Komisarjatem Rządu m. st. Warszawy (Wydział Zdrowia). 4. Pod żadnym pozorem nie przyjmować recept, zawierających narkotyki, przepisanych przez lekarzy, praktykujących poza Warszawą, o ile niema możności stwierdzenia autentyczności tych recept. 5. Z reguły recept na całe pudełka zastrzyków morfinowych, pantoponowych i kropel, zawierających heroinę, nie wydawać, bez uprzedniego porozumienia się z ordynującym lekarzem. 6. Nie wydawać powtórnie środków odurzających za tą samą receptą do użytku zewnętrznego, do użytku zaś wewnętrznego tylko te, które zostały wyszczególnione w § 6 zacytowanego na wstępie Rozporządzenia. 7. Wydane z apteki narkotyki winny być odnotowane w książce kontroli najpóźniej drugiego dnia po wydaniu. 8. W imię dobra publicznego zaleca się jaknajwiększą ostrożność przy wydawaniu narkotyków, gdyż narkomani są nadzwyczaj pomysłowi w sposobach, mających na celu zmylenie czujności aptekarza i otrzymują z aptek bardzo często narkotyki na podstawie sfałszowanych recept. 9. Winni niestosowania się do niniejszego ulegną karze w myśl § 12 na wstępie zacytowanego rozporządzenia.

Higjena Szkolna, podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych wyszedł świeżo z druku pod redakcją Dr. Stanisława Kopczyńskiego, naczelnego wizytatora higjeny szkolnej w Min. W. R. i O. P., w nakładzie księgarni M. Arcta w Warszawie.

Insygnja dziekańskie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu warszawskiego. W dniu 25 czerwca b. r. odbyła się w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem podniosła uroczystość ofiarowania Wydziałowi Lekarskiemu Uniwersytetu Warszawskiego insygnjów dziekańskich — artystycznie wykonanych ze srebra oksydowanego — łańcucha i berła. Po zagajeniu zebrania przez Prezesa Towarzystwa Prof. Orłowskiego Sekretarz stały Kol. Leon Babiński wygłosił przemówienie, w którem podniósł ważność dla nauki lekarskiej polskiej zgodnej współpracy Wydziału Lekarskiego z najstarszą instytucją naukową polską, jaką jest Towarzystwo Lekarskie warszawskie i prosił P. Rektora o przyjęcie insygnjów dziekańskich, ofiarowanych w celu zaakcentowania i utrwalenia na wieczne czasy tej łączności. Rektor Prof. Michałowicz przyjął z wdzięcznością hojny dar Towarzystwa i wręczył go obecnemu dziekanowi Prof. Leśniowskiemu.

Kraków.

X. Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Krakowie w czasie od 11 do 13 października 1931 r. Wszelkich bliższych wyjaśnień w sprawach tyczących się tego Kongresu udziela Komitet — Kraków ul. Jabłonowskich 22 m. 5.

Dn. 7. czerwca obchodziło Krakowskie Towarzystwo Ratunkowe 40-lecie swego istnienia. Z okazji uroczystości wręczono Dr. A. Bannetowi jedynemu z założycieli Twa dyplom dziękczynny i złoty pierścień. Nadto odznakę pamiątkową za zasługi około rozwoju Twa otrzymali: prez. m. Rolle, wiceprezes. Schneider, dyr. Warszawskiego Tow. Ratunkowego i prezes wszystkich Towarzystw ratunkowych w Polsce Dr. Zawadzki, dalej zasłużony urzędnik Twa Lubowiecki, sanitarjusze Twa Verenement i Serafin oraz wszyscy członkowie wydziału z prezesem na czele.

Następny zjazd Towarzystwa Chirurgów polskich (XXVII. Zjazd chirurgów polskich) odbędzie się dnia 24. kwietnia 1933 r. w Poznaniu. Jako tematy programowe obrad wybrano: 1) Leczenie nowotworów złośliwych. 2) Leczenie t. zw. przerostu gruczołu krokowego.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. na rok szkolny 1931/32 obrano Prof. Dr. Maksymiljana Rutkowskiego.

Z Komitetu Organizacyjnego IX. Zjazdu internistów Polskich. Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu Internistów Polskich podaje do wiadomości Szanownych Panów Kolegów, że IX. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach od 24 do 27. września 1931 r. Jako tematy programowe wyznaczył ostatni Zjazd 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozy. Prosimy uprzejmie o zgłaszanie pokrewnych powyższym tematom referatów, jako też, i referatów z wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Referaty powinny być przesłane wraz z dokładnym tytułem i ich streszczeniem (art. 14 Regulamin) do dnia 23 lipca 1931 r. do Komitetu miejscowego na ręce Prof. Józefa Latkowskiego, Kraków, ul. Pańska L. 5 celem umieszczenia referatu na porządku obrad. Przedewszystkiem uwzględnia się prace członków zwyczajnych i honorowych Towarzystwa Internistów Polskich. Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, który został przyjęty przez Zarząd Koła lub przez Zarząd Główny w Warszawie po piśmiennem zgłoszeniu się. Bliższych informacyj udziela Komitet Zjazdu, Kraków ul. Pańska 5.

We środę, dnia 17. czerwca b. r. odbyło się o godzinie 7 wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego, na którem wygłosił odczyt: Dr. Hugon Kowarzyk: Nowsze poglądy na mechanizm krzepnięcia krwi.

We środę, dnia 24. czerwca b. r. odbyło się o godzinie 7-wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z I Kliniki chorób wewnętrznych. 2) Demonstracje chorych z Oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza. 3) Demonstracje chorych z Kliniki Dermatologicznej U. J.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XX. posiedzenie naukowe odbyło się dnia 19 czerwca b. r. w sali Polikliniki przy ul. Lindego z następującym porządkiem dziennym: 1) Na wstępie Kol. Przewodniczący wygłosił wspomnienie o b. Członku T-wa ś. p. Kol. W. Hojnackim. Pamięć Zmarłego uczcili obecni przez powstanie. 2) Kol. W. Ziembicki przedstawił zdjęcia rentgenowskie przypadków: a) igły w polu płucnem (połkniętej) u osoby neuropatycznej, która w celu zmylenia lekarzy w kilka dni później wbiła sobie drugą igłę pod sutek, pokazując, że w ten sposób wyszła igła połknięta, b) nowotworu w okolicy wpustu żołądka z równoczesnemi rozległemi zmianami w płucach na tle gruźliczem, które rentgenolog uważał za przerzuty nowotworowe, c) znacznego stopnia zwężenia przełyku na tle zmian kiłowych z ustąpieniem objawów po leczeniu swoistem, oraz d) przedstawił przypadek znacznego przemieszczenia serca po zapaleniu opłucnej ku tyłowi pomiędzy kręgosłup — a łopatkę lewą, co dawało objawy wysięku z tyłu po stronie lewej. W dyskusji przemawiali Kol. Pisek, Marischler, T. Ostrowski, A. Falkiewicz, Schramm, — odpowiedział Kol. Ziembicki. 2) Kol. Hilarowicz przedstawił a) przypadek perlaka jamy czołowej, b) przypadek zwężenia przełyku, operowanego resekcją części zajętej, c) przypadek apikozy i zaplombowania jamy przez tłuszcz z brzucha, d) zdjęcia rentgenowskie chorego z ciężką gruźlicą płuc, leczoną thorakoplastyką zupełną. W dyskusji przemawiali Kol. Węgrzynowski, T. Ostrowski. 3) Kol. Gruca przedstawił kilka przypadków z zakresu ortopedji, 4) Kol. Knossow i Rosenbusch — wykład: O działaniu żółciopędnem wód truskawieckich i wpływie ich na wydzielanie moczu.

Władze akademickie uniw. Jana Kazimierza we Lwowie na rok 1931/32 są następujące: Rektor prof. dr. Seweryn Krzemieniewski, dziekan wydz. teol. ks. prof. dr. Piotr Stach, dziekan wydz. prawn. prof. dr. Roman Longchamps, dziekan wydz. lekarskiego prof. dr. Jan Lenartowicz, dziekan wydz. humanist. prof. dr. Zygmunt Smogorzewski, dziekan wydz. mat. przyrodn. Hugo Steinhaus.

Z kraju.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa choroby	Tydzień 18 od 26/IV do 2/V 1931 r. zach.	zgony	Tydzień 19 od 3 do 9/V 1931 r. zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—
Dur brzuszny	128	6	140	14
Paradury	—	—	2	—
Dur plamisty	129	7	92	6
Dur powrotny	—	—	—	—
Czerwonka	4	—	8	1
Płonica	264	4	291	7
Błonica	219	14	196	13
Zap. op. mózg. (nagminne)	19	5	18	3
Odra	191	8	230	4
Róża	75	6	61	3
Krztusiec	79	7	57	8
Zimnica	3	—	3	1
Gorączka połogowa	35	6	29	5
Trąd	—	—	—	—
Jaglica	315	—	433	—
Wąglik	—	—	1	—
Nosacizna	—	—	—	—
Włośnica	—	—	5	—
Wścieklizna	—	—	—	—
Zatrucie mięsne	—	—	1	—
Choroba Heine Medina	—	—	—	—
Twardziel	2	—	3	—
Inne choroby zakaźne	83	7	108	3

Dr. Sterling Seweryn, ordynator Szpitala im. Poznańskich w Łodzi, długoletni prezes komitetu redakcyjnego Polskiej Gazety Lekarskiej dla miasta Łodzi został zamianowany Członkiem korespondentem Polskiej Akademji Umiejętności.

W Iwoniczu-Zdroju otworto w dniu 2 lipca dr. nowo zbudowane, wspaniałe Sanatorjum Ogólno-państwowego Związku Kas Chorych w Polsce.

Ze świata.

Włoski Państwowy Urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie Turistiche, „Enit"), urządza w czasie od 18. września do 2 października b. r. ósmą podróż „Nord-Süd" dla lekarzy i ich rodzin. Koszta uczestnictwa w tej podróży są obliczone na 1600 lirów od osoby, w czem wliczone są wszystkie wydatki, jakie spowoduje podróż od punktu zbornego t. j. od Rzymu aż do ukończenia wspólnej podróży w Palermie. Oprócz tego każdy z uczestników otrzyma kupony do korzystania z 90% zniżki kosztów jazdy kolejami włoskiemi. Zamówienia do uczestnictwa w tej podróży należy zgłaszać pod adresem: Ente Nazionale Industrie Turistiche, Via Marghera 6, Roma. Podczas podróży będą zwiedzone następujące uzdrowiska włoskie: Acque Albule, Fiuggi, Agnano, Casamicciola, Ischia, Capri, Sorrento, Ravello, Taormina, Acireale, Mondello.

Sprostowanie omyłki druku. W numerze 25-tym Polskiej Gazety Lekarskiej na stronie 516, szpalta druga w wierszu 20-tym od dołu, w rubryce: zmarli zamiast Kwaśniewski ma być „Kwaśnicki".

Zmarli.

We Lwowie zmarł w dniu 18 czerwca b. r. Dr. Władysław Hojnacki.

Redakcja otrzymała.

Szmurło Jan. „Choroby krtani i tchawicy". Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Koła medyków. M. S. B. Wilno 1931.

A. de Almeida Prado. „Les syndromes cérébelleux mixtes". Etude anatomo-clinique. Masson et Cie, Paris, 1931.

P. Nobécount. „Clinique médicale des enfants". Affections des organes hémo-lymphopoïétiques et du sang. Masson et Cie. Paris. 1931.

H. Viole. „La fièvre ondulante". Médecine et chirurgie pratique. Masson et Cie. Paris. 1931.

Max Cheval et A. P. Dustin. „Théorie et pratique de la télécuriethérapie". Masson et Cie. Paris. 1931.

Henri Hartman. „Chirurgie du rectum". Travaux de chirurgie. Huitième serie. Masson et Cie. Paris. 1931.

Maks. Blassberg: Drobne objawy dokrewno-gruczołowe w codziennej praktyce lekarskiej. Odb. z Wiadomości lekarskich, nr. 3, z r. 1931.

K. Jonscher. „Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych". Nakł. Nowin lekarskich. Wyd. II. 1931.

Gaston Durand et M. E. Binet. „Typhlo-Cholécystite". Médecine et chirurgie pratique. Masson et Cie. Paris. 1931.

Jean Cathala: „Pathologie du nourisson". Collection des initiations médicales. Masson et Cie. Paris. 1931.

Mercel Brulé: „Pathologie du foie et du pancréas". Collection des initiations médicales. Masson et Cie. Paris. 1931.

M. Chiray, A. Lomon et R. Wahl: „Le Dolichocolon". Masson et Cie, Paris. 1931.

N. Hortolomei et K. Butureanu: „Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal". Masson et Cie. Paris. 1931.

Marcel Poumailloux: „Le pouls alternant". Masson et Cie. Paris. 1931.

A. Clerc et comp. „Problèmes actuels de pathologie médicale".

Fritz Joseph: Polish physicans who studied under H. Fabricius ab Aquapendente". Odb. z Janus Archives internationales pour l'histoire de la médecine. Leyde. 1931.

Pamiętnik I. Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu w zdrojowisku Inowrocław, dnia 6 i 7 września 1930 r. Pod redakcją Prof. K. Jonchera.

Daniel Critzmann, „La goutte". Collection des actualités des médecine pratique. Nakł. Gaston Doin et Cie Paris. 1931.

M. Nathan, „Les malades dits imaginaires". Collection des médecine pratique. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

R. Passot, „Chirurgie esthétique pure". Technique et resultats. Collection des actualités de médecine pratique. Nakł. Gaston et Cie. Paris. 1931.

E. Lesné et A. Boutelier, „La syphilis héréditaire", Clinique, diagnostic — traitement. La pratique médicale illustrée. Nakł. Gatson Doin et Cie. Paris. 1931.

E. Dourelot. „L'infarctus du myocarde". La pratique médicale illustrée. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

G. Caussade et A. Tardieu, „Rhumatisme articulaire aigu. Manifestations pleuro-pulmonaires et thérapeutique". La pratique médicale illustrée. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

Emile Sergent, „Les bases fondamentales de l'auscultation". La pratique médicale illustrée. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.